

# Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR DR. EURICO BRANCO RIBEIRO  
Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assignatura: por 1 anno . . . . . 50\$000; por 2 annos . . . . . 50\$000

---

Vol. XXXVI      Dezembro de 1938      N. 6

---

## O comprimento util da sonda duodenal

**Nova technica de reparos individuaes**

**Dr. F. Cintra do Prado**

*Chefe de Clinica na Policlínica de S. Paulo*

Bem conhecida actualmente é a importancia da intubação duodenal, tanto para fins diagnosticos como para fins therapeuticos, nas affecções gastro-duodeno-hepaticas. Comprehende-se por isso o numero extraordinario das publicações a que tem dado motivo este methodo de investigação e de tratamento, desde os trabalhos originaes de EINHORN, LYON, MELTZER, STEEP, KALK e muitos outros. Occupando-nos hoje do "comprimento util da sonda duodenal", propomo-nos contribuir para facilitar a technica e assegurar os resultados deste methodo.

Todos os que já tentaram a exploração da região duodeno-vesicular por meio da tubagem sabem por experiencia propria que o methodo, embora simples, nem sempre dá resultados: ora a sonda pára ao nivel do cardia, ora se enrola no estomago, não transpõe o pyloro ou então ultrapassa o duodeno etc. As causas de taes insucessos são multiplas e de vária ordem. Já tratámos do assumpto ha alguns annos (1), em collaboração com FIGLIOLINI (2) e MACHADO (3 e 4), e a proposito do emprego therapeutico da excreção vesicular provocada (5) nas cholecystites (6). A nossa experiencia pessoal ultrapassa agora 2000 casos. Continuamos a julgar que, entre aquellas causas de insucesso, as principaes dizem respeito ao controle defeituoso da operação.

Ha alguns meios de se acompanhar a progressão da sonda e evitar a tubagem ás cegas, por tentativas. Mais seguro e todavia menos pratico é a contraprova radiologica. Recorre-se habitualmente á verificação dos chamados "signaes gastricos" e "duodenaes", tão bem descriptos, entre outros, por CHIRAY, PAVEL (7) e MILOCHEVITCH (8). Estes autores chamaram a attenção para a eventualidade dos fracassos devidos á technica defeituosa e propuzêram até meios de reconhecer e afastar semelhantes erros. No que concerne á importancia mediocre dos tres reparos classicos da sonda original de EINHORN, não ha divergencia entre os autores — o que não impede, entretanto, que estes reparos sejam minuciosamente citados e aconselhados por quasi todos elles. Estes tres reparos estariam respectivamente situados: o primeiro a 40 centimetros da oliva metallica (I cardia), o segundo a 56 cm. (II pyloro) e enfim o terceiro a 80 cm. de distancia (III duodeno). Controlar a marcha da operação por meio destes reparos, que indicariam o trajecto da sonda, é um erro. O operador tem evidentemente de acompanhar este percurso, introduzindo uma porção maior ou menor da sonda, mas não deve guiar-se pelos tres reparos classicos, sob pena de comprometter o exito da operação.

O maior inconveniente destes reparos é o facto de serem fixos, isto é os mesmos para todas as sondas e para todos os individuos. Ora tal seja o typo do individuo será diverso, menos ou mais longo, o trajecto que a sonda percorrerá da arcada dentaria (ou da fossa nasal) até o duodeno. E' verdade que estes reparos são dados sempre como méros indicadores, sem posição absoluta — o que annulla de inicio o valor que poderiam ter e os torna mais prejudiciaes do que uteis ao operador. Recommenda-los com esta restricção equivale portanto a condemná-los na pratica.

Não pretendemos exaggerar a importancia que apresenta para a tubagem o conhecimento prévio da distancia que a sonda tem de percorrer até chegar ao duodeno. Mas este conhecimento é de utilidade indiscutivel. Ao lado dos "signaes gastricos" e "duodenaes" de controle, constitúe uma orientação excellente na marcha da operação, o que quer dizer: contribúe decisivamente para remover uma das mais frequentes causas de insuccesso na tubagem duodenal.

O trajecto que a extremidade anterior da sonda percorre desde a arcada dentaria (ou desde a fossa nasal, si fôr esta a via preferida) até o duodeno representa o "comprimento util" da sonda. Este comprimento é dado pela somma de duas distancias: até o 1/3 superior do estomago (primeiro reparo) e dahi até a porção descendente do duodeno (segundo reparo). Como se podem medir estas distancias?

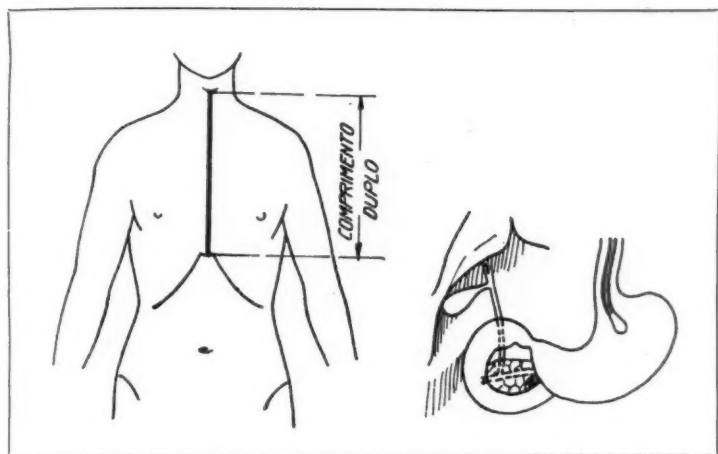


Fig. 1

Primeiro reparo: o duplo da distancia assignalada na figura corresponde ao comprimento da sonda até o 1/3 superior do estomago

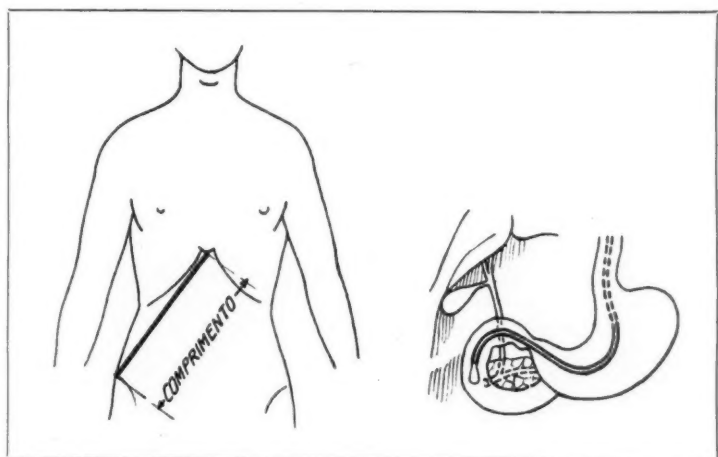


Fig. 2

Segundo reparo: o comprimento marcado na figura corresponde á extensão da sonda desde o 1/3 superior do estomago até o duodeno.

Servindo-nos da contraprova radiologica chegamos a estabelecer que estas distancias são, respectivamente para cada individuo:

- 1.º reparo. — A distancia da arcada dentaria até o 1/3 superior do estomago é avaliada pelo *duplo da distancia entre a prominencia laryngéa e o appendice xyphoide* medida sobre a pelle.
- 2.º reparo. — A extensão da sonda desde o 1/3 superior do estomago até o duodeno é avaliada pela *distancia em linha recta entre o appendice xyphoide e a espinha iliaca antero-superior*.

As figuras 1 e 2 explicam como se determinam estas duas distancias. Trata-se de reparos individuaes, que fornecem indicação dos dois principaes tempos da sondagem seja qualquer fôr a technica adoptada (qualidade da sonda, via nasal ou oral para a introduccção, posição do doente etc.). O primeiro reparo servirá tambem de indicador nas tubagens gastricas, em casos de extracção do succo para determinações chimicas, lavagens etc.

Em resumo, pode-se dizer que estes dois reparos individuaes (até o 1/3 superior do estomago e dahi até o duodeno) indicam o comprimento util da sonda em cada caso. O seu conhecimento prévio segundo a technica que propomos contribúe, ao lado da pesquisa dos pequenos signaes gastricos e duodenaes, para melhor controle da tubagem e consequentemente para o exito da operação.

#### RÉSUMÉ

La distance de l'arcade dentaire jusqu'au 1/3 supérieur de l'estomac est évaluée au double de la distance entre la proéminence laryngée et l'appendice xyphoide mesurée sur la peau.

La longueur du parcours du tube depuis le 1/3 supérieur de l'estomac jusqu'au duodénum est évaluée par la distance en ligne droite entre l'appendice xyphoide mesurée sur la peau.

Ces deux repères individuels indiquent la longueur utile du tube duodénal en chaque cas. Sa connaissance préalable contribue au contrôle plus efficace du tubage et de ce fait au succès de l'opération.



## BIBLIOGRAPHIA

- 1) CINTRA DO PRADO, F. — *Cholecystite e pathologia gastro-intestinal*. — S. Paulo, 1929, 1 vol. Empreza Graphica Revista dos Tribunaes. Premio "Alvarenga" da Academia Nacional de Medicina.
- 2) CINTRA DO PRADO, F. e FIGLIOLINI, F. — *Causas de insuccesso na tubagem duodenal*. Brasil Medico, Rio de Janeiro, XLV, 341, 11 de Abril de 1931.
- 3) CINTRA DO PRADO, F. e MACHADO, J. C. — *Pontos de reparo na sondagem duodenal*, Brasil Medico, Rio de Janeiro, XLV, 6, 3 de Janeiro de 1931.
- 4) CINTRA DO PRADO, F. e MACHADO, J. C. — *Ueber die Technik der Duodenalsondierung*, Deutsche Med. Wochenschrift, n. 38, 18 de Setembro de 1931, p. 1625.
- 5) CINTRA DO PRADO, F. — *Estudo clinico da dor na cholecystite*, Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, S. Paulo, XXVII, Junho de 1934.
- 6) CINTRA DO PRADO, F. — *Sobre o tratamento da colica hepatica*, Rev. Associação Paulista de Medicina, S. Paulo, Novembro 1934.
- 7) CHIRAY e PAVEL. — *La vésicule biliaire*, 1 vol., Masson, Paris 1927.
- 8) CHIRAY e MILOCHEVITCH. — *Diagnostic et traitement des maladies de la vésicule biliaire par l'excrétion vésiculaire provoquée*. 1 vol. Paris, 1924.

**SENOTIOL - calcio colloidal injectavel**

Lembramos aos srs MEDICOS a vantagem dos

**COMPRIMIDOS DE BILIDRENO**

Faceis de tomar e de effeito surpreendente nas molestias do FIGADO.

**PEPTONA - MAGNESIO - BOLDINA**

Producto do Lab. "Dr. Luiz Pereira Barreto" - R. Rosa e Silva, 211. S. Paulo  
Representantes no Rio de Janeiro: B. Mattos & Cia. — Rua S. José, 66

---

---

## COMMUNICAÇÃO

Exmo. Sr. Doutor.

*Chegando ao nosso conhecimento que entre os distintos clinicos do interior do Estado de S. Paulo alguém anda propalando que o nosso producto CAROBINASE deixou de ser fabricado, vimos commu-  
nicar ser isso completamente falso. Ao contrario do que a mesquinha concurrencia propala, a fabricação da CAROBINASE nunca foi interrompida. Continúa sendo fabricada, em escala cada vez maior, graças á geral preferencia que lhe tem dado a illustre Classe Medica, á qual queremos aqui deixar a expressão sin-  
cera da nossa grande estima e gratidão.*

INSTITUTO BIOCHIMICO PAULISTA LTDA.

Caixa Postal N. 2575 — São Paulo

---

---

**Na anemia perniciosa, nas da verminose e  
anemias hypochromicas de todos os tipos**

# VITAFERROL

*Extracto de Fígado, Ferro, Cobre, Boldo  
e Elixir digestivo de agradável sabor*

**Enterocolites, diarrhéas e dysenterias amebianas.  
Protozooses intestinaes agudas ou chronicas**

# CAROBINASE

*Efeito surprehendente nas enteralgias e tenesmos*

**INSTITUTO BIOCHIMICO PAULISTA LTDA. • Caixa Postal, 2575  
SÃO PAULO • BRASIL**

# Anesthesia Peridural

## Considerações acerca de 100 casos

**Dr. Enos C. F. Mondadori**

Assistente voluntário da 2.<sup>a</sup> Cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (Serviço do Prof. B. Montenegro).  
Anesthesista do Sanatório Esperança.

**Dr. José Maria de Freitas**

Prof. de Technica Cirúrgica e Cirurgia Experimental da Escola Paulista de Medicina. — Chefe de Clínica Cirúrgica da Universidade de São Paulo. — 2.<sup>a</sup> Cadeira. — (Serviço do Prof. Benedicto Montenegro).

— Em trabalho anterior (\*) um de nós já tratou do assumpto e descreveu pormenorizadamente a técnica da anestesia peridural. Esse o motivo pelo qual, procurando evitar repetir, calaremos sobre certos pontos e não mais fallaremos agora, com minucia, sobre outros.

O presente nada mais representa que um complemento ao trabalho anterior no qual, por alta de maior experiencia no momento, deixamos de precisar alguns pontos de interesse pratico.

Com experiencia em 100 casos, poucos, certamente, no dominio dessa especialidade, para ajuizarmos com segurança sobre detalhes técnicos, podemos, entretanto, no que diz respeito aos resultados do methodo, formar opinião. Esses 100 casos que apresentamos foram por nós cuidadosamente observados.

Silenciaremos sobre o que falla a respeito ás alterações do pulso, pressão arterial, respiração, nível de anesthesia, etc., etc., pois, nossos resultados foram concordes com os da maioria dos autores.

Não são proprios uma meia duzia de casos que foram, entretanto, por nós observados e controlados na clinica privada de collégas.

**ANESTHESICO** — A substancia anestésica utilizada com mais frequencia para a pratica da anesthesia extra-dural foi o Chlorhydrato de Ethocaina ou chlorhydrato de paramino-benzoyl-

(\*) Mondadori, Enos, C. F. — Anesthesia Peridural. Ann. Paulistas de Med. e Cir. XXXVI: 21-34: Julho de 1938.

diethylaminoethanol (novocaina) da Cia. Chimica Rhodia Brasileira.

A sol. a 2 % empregada foi preparada no momento de ser usada.

— *EX. DO PREPARO DE 30 cc. (0,60 GRS.) DA SOL. DE ETHOCAINA A 2 % ADRENALINADA* — A 30 cc. de solução physiológica esteril, juntamos 0,60 grs. de crystaes de Chlorhydrato de Ethocaina mais 0,5 cc. de Adrenalina a 1 por 1.000.

— Em varios casos tivemos occasião de fazer uso da Scurocaine, sol. B a 2 %, cuja formula é a seguinte:

Scurocaine . . . . .	0,50
Renaleptine . . . . .	0,0004
Sôro physiologico . . . . .	25 cc.

— Em um numero diminuto de pacientes empregamos a sol. de Scurocaine a 2 % recentemente predarada.

*EX. DO PREPARO DA SOL. DE SCUROCAINE A 2 %* — A 50 cc. de sôro physiologico esteril, accrescentamos 1 gr. de crystaes de Scurocaine (cada ampôla contem 0,5 gr.), mais 1 cc. de Adrenalina a 1 por 1.000.

— como acabamos de vêr, todas as soluções empregadas eram a 2 % e continham Adrenalina que, em virtude de sua acção vaso-constrictora contribue ao estabelecimento de uma melhor anesthesia, pois, ella impedindo a rapida diffusão do agente anestésico, faz com que o effeito deste seja de maior duração.

Em 75 casos de nossa estatistica foi usada a sol. de Ethocaina; a sol. B de Scurocaine em 22 Casos e, em 3, a sol. de Scurocaine recentemente preparada.

A dóse para as tres soluções é a mesma.

Como dóse maxima, achamos prudente nunca ultrapassar 1,20 grs. (60 cc. de sol.) que, aliás, só deve ser utilizada em casos especiaes, pois, na generalidade dos pacientes, uma dose bem menor é sufficiente.

A quantidade de liquido anesthesico a ser injectada, como veremos mais adiante, variou, naturalmente, com a idade, peso, comprimento da columna\*vertebral e estado geral do operando e tambem com o typo de intervenção a ser realizado.

Os limites por nós attingidos foram: para a maxima quantidade 60 cc. (1,20 grs.) de liquido anesthesico e para a menôr, 18 cc. (0,36 grs.).

Quando não necessitamos de uma anesthesia de duração acima de 40 minutos e quando a intervenção vae ser realizada sobre o andar inferior do abdomen ou sobre os membros inferiores, em geral, 30 a 40 cc. de solução, bastam.

Quando necessitamos uma zona de anesthesia extensa ou quando a intervenção é de duração que ultrapassa uma hora, 45

a 50 cc. geralmente são sufficientes. Muito raramente empregamos quantidade inferior a 30 cc. de liquido anestesico, entretanto, nas poucas vezes em que usamos 25 cc. obtivemos exito.

Accidente, por excéssos de dóse, nunca observamos.

Insufficiencia de anesthesia, por deficiencia de dóse, uma vez occorreu quando fizemos uso de apenas 18 cc. de anestesico.

— **INDICAÇÕES** — A anesthesia, a supressão da sensibilidade para a realização de uma intervenção cirurgica, hoje, póde ser obtida por varios methodos.

Não se justifica mais, pois, o exclusivismo na escolha do typo de anesthesia.

Para cada doente e não para cada doença, sempre, ha um processo que melhor se presta.

Lembramos que ha necessidade de levar em consideração: — o estado geral do paciente, seu estado psychico, sua idade, a natureza e séde da affecção cirurgica, o provavel tempo de duração do acto operatorio, etc.

No que diz respeito ás indicações da anesthesia extra-dural, estas abrangem amplo campo.

Para a cirurgia gastro-dodenal, do figado e vias biliares, intestinal, das hernias, rectal e anal, renal, e dos membros inferiores, certamente, é o typo de anesthesia que melhores resultados offerece na generalidade dos casos.

Sobre o thorax muito poucas vezes tivemos occasião de intervir sob a anesthesia peridural.

Manda o bom senso que nas intervenções de breve duração e de technica simples não ha para este typo de anesthesia, justificativa plausivel.

— Além de dar uma insensibilidade igual á da rache em qualidade e também em duração, a peridural apresenta um numero de indicações maior e de complicações, menór. Nella o chóque anestesico é menor que na rache. O não contacto dirécto da solução anesthetica com a medulla é uma grande vantagem, a nosso vêr, a favor da anesthesia peridural. Nesse typo de anesthesia não ha o perigo da crise hypotensiva nem de accidentes bulbares. Nella não observamos perturbações esphyncterianas, motoras, nem cephaléa, nem rachialgia. Nauseas e vomitos, muito raramente. Quando presentes, entretanto, são de muito menór violencia e duração que na rache.

As unicas vantagens que reconhecemos da anesthesia rachidea sobre a peridural, são: sua acção excitadora sobre o peristaltismo intestinal, sua technica mais simples e sua maiór rapidez no estabelecimento da anesthesia.

— **CONTRAINDIÇÕES** — Ahamos contraindicação para o emprego deste genero de anesthesia, aquelles casos em que ha necessidade de agirmos com urgencia, em doentes em estado de

choque, nas grandes toxemias, em pacientes pusillanimes e nas crianças de tenra idade. Também, naturalmente, nos casos em que em virtude de uma alteração anatomica congenita ou adquirida da columna, torna-se técnicamente impossivel a realização da punção.

— *TECHNICA DA INJECCÃO* — Indivíduo em posição sentada com flexão da columna para a frente. Asepsia da pelle com tintura de iodo. Punção mediana num espaço intervertebral previamente escolhido. Uma vez que a agulha atravessou a pelle e planos subjacentes e penetrou na espessura do ligamento inter-espinhoso, ella se torna fixa. Retiramos então seu mandril e com o auxilio de uma seringa enchemos sua luz com agua distillada de maneira tal que uma gotta desta, faça saliencia para o exterior.

Em seguida proseguimos na introduccão lenta e bastante cuidadosa da agulha até que a gotta, que se acha proeminente em seu pavilhão, seja aspirada. Para melhor nos certificarmos ainda que, de facto, a ponta da agulha se encontra no espaço peridural, adaptamos a seringa contendo agua distillada ao seu pavilhão e, após executarmos uma leve aspiração e verificarmos que não ha sahida de liquor e que, portanto, a ponta da agulha não se encontra no espaço sub-arachnoideo nem no interior de uma veia do pléxo peridural, fazemos, então, a injeccão de uns 2 a 4 cc. desta agua distillada. Essa injeccão não deve experimentar resistencia e o paciente, nesse momento, deve accusar dôr. Introduzimos, agora, 5 cc. de liquido anesthesico. Esperamos 5 minutos. Não apresentando o paciente signaes reveladores de anesthesia rachidea (formigamento, perturbações da motricidade dos membros inferiores, etc.), praticamos a injeccão lenta do restante de anesthesico ou então sómente mais 5 cc. deste e, novamente esperamos mais 5 minutos para só então introduzirmos o que resta da solução.

Para o estabelecimento da anesthesia temos que esperar um certo tempo, variavel entre 15 e 30 minutos após a ultima injeccão.

Esse methodo de introduccão da solução anesthesica que acabamos de resumidamente descrever, é o directo; foi o empregado na quasi totalidade dos nossos casos. Uma vez ou outra o methodo indirecto, de Sebrecht, foi utilizado. O achamos desaconselhavel.

— *PROVAS* — O problema technico desse typo de anesthesia reside na necessidade da precisa introduccão da substancia anesthesica no espaço peridural. Nem alem, nem aquem, justo nelle, é o certo. Para isso, provas ha que muito auxiliam o anesthesista e que vieram tornar a peridural de technica mais simples, mais exacta e mais segura.

Assim, muito valor representa, para a introdução da solução anestésica, as provas da gota, da aspiração com seringa, da pressão e da dor á injeção de agua distillada.

Si a solução anestésica for injectada, accidentalmente, no espaço intra-dural ou sub-arachnoideo, em virtude de sua quantidade, de sua elevada dosagem emfim, vae produzir a morte do paciente. Este constitue o mais sério e grave perigo da extra-dural. Uma vez declarado, difficilmente, excepcionalmente, será remediado. Todas as medidas que visam evital-o e toda a cautela do anestesista devem ser postos em pratica na realização de uma anestesia deste tipo. Nesse genero de anestesia, como muito acertadamente disse o prof. Alberto Gutiérrez, um dos mais experimentados e dos maiores especialistas no assumpto, por occasião de sua ultima passagem por nossa capital, todos os cuidados são poucos.

— O sinal da aspiração liquida de Gutiérrez ou prova da gota, foi positivo em 95 vezes e, em 5, negativo.

Abaixo transcrevemos as observações relativas aos casos em que elle apresentou-se negativo.

*Observação, 3.* — O. R. — 42 annos, masc., branco, bras. — *Oper.* — Gastroduodenectomia parcial a Reichel-Polya (Dr. J. M. Freitas). — *Anesth.* — Dr. J. M. Freitas. Posição sentada. Puncções entre D<sup>10</sup> - D<sup>11</sup> D<sup>11</sup> - D<sup>12</sup>, D<sup>12</sup> - L<sup>1</sup>. Provas da gota e da aspiração com seringa, negativas. Procedimento indirecto. Inj. de 55 cc. de sol. de Ethocaina a 2 % adrenalizada. Posição de Trendelenburg, accentuada. A intervenção teve inicio 5 minutos após — Anesthesia regular. Foram feitas 6 puncções entre D<sup>10</sup> - D<sup>11</sup> e D<sup>11</sup> - D<sup>12</sup>, com o fim de alcançar o espaço extra-dural. Em todas ellas a ponta da agulha encontrou tecido de consistencia ossea. Na puncção feita entre D<sup>12</sup> - L<sup>1</sup>, foi ultrapassado o espaço peridural e a ponta da agulha attingiu o espaço sub-arachnoideo. A agulha foi introduzida rapidamente. Esta foi retirada um pouco para traz até cessar o escoamento de liquor e, nessa situação, foi feita a inj. da sol. anestésica. A frequencia do pulso baixou a 44 batimentos por minuto. O paciente apresentou profusa sudorése, palidéz e estado vertiginoso, phenomenos esses que tiveram breve duração. Inj. de 1 ampôla de Cardiazol - Efedrina. Após 1h 55 minutos, o paciente principiou a accusar dor. O fechamento da parede abdominal foi feito sob a narcose pelo Chloreto de Ethyla.

*Observação 27* — F. T. — 25 annos, masc., branca, bras. — *Oper.* — Appendicectomia (Dr. J. Montenegro) .*Anesth.* — Dr. J. Montenegro. Posição sentada. Puncção entre D<sup>12</sup> - L<sup>1</sup>. Prova da gota negativa. Provas da aspiração com seringa e da dor á inj. de agua distillada, positivas. Procedimento indirecto. Inj. de 35 cc. de Scuracaine a 2 %. Posição horizontal. Inicio da intervenção 15 minutos após. — Bôa anestesia. Puncção com agulha propria para anestesia rachidea, de pequeno calibre, longa e bastante flexivel. Provavelmente a prova de gota não foi observada em virtude da agulha ter caminhado rapidamente e ter penetrado no espaço sub-arachnoideo. Afastada até não mais haver escoamento de liquido cephalo-racheano pelo seu pavilhão, as provas da aspiração e da dor á inj. de agua distillada, foram positivas. Foi praticada a inj. da substancia anestésica e esse nivel. O paciente apresentou abundante sudorése.



*Observação 36.* — Vae descripta mais adiante.

*Observação 73* — F. Q. — 80 annos, branco, hespanhol. *Oper.* — Fechamento de fistula vesico-rectal. *Anesth* — Dr. J. M. Freitas. Posição sentada. Puncção entre L<sup>3</sup>-L<sup>4</sup>. Prova da dôr á inj. de agua distillada, positiva. Procedimento indirecto. Inj. de 50 cc. de sol. Ethocaina a 2 % adrenalizada. Posição horizontal após a inj. Início da intervenção 20 minutos após esta. — Boa anesthesia. Em consequencia á rapida introducção da agulha, houve perfuração da dura e sahida de liquor. sem que a aspiração da gotta pudesse ter sido observada. A agulha foi retirada lentamente até cessar o escoamento de liquor. O paciente accusou dôr intensa por occasião da inj. de agua distillada. Com base nessa prova foram injectados os primeiros 5 cc. de anesthesico. Como, decorridos 5 minutos, o paciente não apresentasse nenhum phenomeno que fôsse indicador de uma rachianesthesia, procedeu-se á introducção do restante da sol. anesthesica.

*Observação 75 (extra)* — G. P. — 45 annos, masc., branco, bras. *Oper.* — Gangliectomia lombar (Prof. R. Leriche). *Anesth.* — Dr. Enos C. F. Mondadori. Posição sentada. Puncções entre L<sup>3</sup>-L<sup>4</sup> e L<sup>1</sup>-L<sup>2</sup>. Prova da gotta negativa. — Não foi feita a anesthesia peridural. O paciente foi submettido, um mez antes, a uma anesthesia peridural que foi praticada com toda a facilidade e que deu bom resultado. Desta vez foi feita uma primeira puncção entre L<sup>3</sup>-L<sup>4</sup>. Apesar do extremo cuidado com que esta foi praticada a prova da gotta foi negativa e houve perfuração da dura-madre com sahida de liquido rachidiano de mistura com sangue. Retirada a agulha, nova puncção foi tentada dessa vez, entre L<sup>1</sup>-L<sup>2</sup>, com resultados identicos aos da primeira. O paciente, em virtude de circunstancias especiaes do momento, manteve, durante todo o tempo de realização da puncção, a columna dorso-lombar em muito reduzida curvatura, com flexão apenas da cabeça. Como a dura houvesse sido perfurada duas vezes, foi resolvida a pratica da rachipercainização que foi bem supportada pelo operando.

— Lendo essas observações vemos, pois, o proeminente papel da technica na realização da puncção do espaço peridural. Responsavel pela ausencia da aspiração liquida em quatro casos, dos cinco em que apresentou-se negativa foi, certamente, uma falha na técnica decorrente, tres vezes, da excessiva velocidade de introducção da agulha e, na vez restante, da defeituosa posição dada ao paciente.

A extensão da flexão da columna vertebral representa, a nosso vêr, um papel de primeira ordem no que diz respeito aos resultados da prova da gotta. Assim, do grao dessa flexão, mostrounos a pratica, depende a intesidade da aspiração da gotta pendente no pavilhão da agulha. Quanto maior a flexão da columna vertebral, tanto mais se traduz exteriormente, pela maior intensidade na aspiração da gotta, a pressão negativa do espaço peridural.

— A prova da dôr á injecção de agua distillada ou mais simplesmente, signal da dôr, foi praticado em 90 casos. Em todos aquelles em que a ponta da agulha se achava no espaço peridural, foi positivo. Elle consiste na dôr que o paciente accusa por occasião da injecção de 2 a 4 cc. de agua distillada no es-



paço peridural. Razões de ordem anatomica para a explicação do apparecimento dessa dôr, não encontramos. Talvez numa questão de tonicidade de solução encontre ella a sua razão de ser.

Como auxiliar das provas da gotta e da aspiração, esse signal é mais um elemento de valor para a introduccão da solução anesthesica no espaço extra-dural. Ao mesmo tempo que o pesquisamos, realizamos tambem a prova da pressão. Elle independe da pressão negativa do espaço peridural. Naquelles casos em que a dura-madre é perfurada e que a ponta da agulha penetra no espaço sub-arachnoideo com sahida de liquor e quando o anesthesista resolve praticar a anesthesia pelo procedimento indirecto, pelo methodo de Sebrecht, a nosso vêr, o signal da dôr é de real utilidade e vantagem. Nesses casos não mais podemos lançar mão do signal da aspiração liquida de Gutiérrez; a prova da pressão não nos fornece mais segurança nessas circumstancias e, nella só, não podemos nos basear; a aspiração com seringa e o sinal da dôr, sós, nos fornecem os elementos necessarios para realizarmos a injectção de liquido anesthesico.

Quando a agua distillada é injectada no espaço sub-arachnoideo o paciente, no momento, não accusa dôr nem outra qualquer sensação particular.

Nas observações de ns. 27, 36 e 73, já anteriormente citadas, podemos apreciar o justo valor do signal da dôr na pratica desse typo de anesthesia.

— **RESULTADOS** — Os resultados por nós obtidos com o emprego desse genero de anesthesia satisfizeram plenamente. Correspondeu a anesthesia peridural ao que della esperavamos e, bastante. Em 88 casos deu uma boa anesthesia; regular em 3 e, insufficiente anesthesia foi observada em 6 casos. Tivemos 2 falhas. Nesses casos apenas estão rotulados aquelles resultados referentes á anesthesia em qualidade e não em duração.

Complicações passageiras, taes como lipotimia, palidez, profusa sudorêse, nauseas, vomitos, chôro, riso, foram por nós observadas em alguns casos. Accidente alarmante, só uma vez tivemos.

Em seguida transcrevemos as observações referentes ao accidente e ás falhas.

*Observação 36* — R. C. — 69 annos, masc. preto, bras. *Anesth.* — J. M. Freitas. Posição sentada. Puncções entre L<sup>1</sup> - L<sup>2</sup>, L<sup>2</sup> - L<sup>3</sup> e L<sup>4</sup> - L<sup>5</sup>. Provas da gotta e da dôr á inj. de agua distillada, negativas. Inj. de 35 cc. de sol. de Ethocaina a 2 % adrenalinada. Posição horizontal — Accidente. Nas puncções entre L<sup>1</sup> - L<sup>2</sup> e L<sup>2</sup> - L<sup>3</sup>, a agulha foi introduzida no espaço intra-dural e houve perda de liquor. Foi feita nova puncção, desta vez, entre L<sup>4</sup> - L<sup>5</sup>. A prova da gotta foi negativa nas tres puncções, assim como a da dôr á inj. de agua distillada. Foi praticada a inj. do liquido anesthesico baseada na prova da pressão. Decorridos 5 minutos, o paciente apresentou anesthesia e paralyisia dos membros inferiores que rapidamente tomou todo o corpo. A respiração tornou-se imperceptivel, a

NOME	IDADE	SEXO	O P E R A Ç Ã O	NIVEL DA PUNÇÃO	QUANTIDADE DE ANESTHESICO	INICIO DA INTERVENÇÃO	RESULTADO
I. A.	38 annos	♂	Coléctomia. Cécostomia.	D <sup>12</sup> — L <sup>1</sup>	50 cc	15' apos	Bôa
T. S.	39 "	"	Appendicectomia	L <sup>1</sup> — L <sup>2</sup>	30 cc	20' "	"
O. R.	42 "	"	Gastroduodenectomia	D <sup>12</sup> — L <sup>1</sup>	55 cc	15' "	"
J. L. R.	24 "	"	Fechamento de fistula cecal.	L <sup>1</sup> — L <sup>2</sup>	30 cc	18' "	"
L. T.	20 "	"	Herniorrhaphia inguinal	L <sup>1</sup> — L <sup>2</sup>	30 cc	10' "	"
D. A.	62 "	"	Gastroduodenectomia	D <sup>11</sup> — D <sup>12</sup>	55 cc	10' "	"
A. F. Q.	55 "	"	Cura de eventração epigastrica.	D <sup>12</sup> — L <sup>1</sup>	55 cc	20' "	"
E. G. O.	38 "	"	Hemorrhoidectomia.	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	25 cc	18' "	"
Q. O. O.	26 "	"	Nephropexia. Decapsulização e enervação do rim direito	L <sup>1</sup> — L <sup>2</sup>	40 cc	12' "	"
L. H.	63 "	"	Herniorrhaphia ing. Appendicectomia	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	30 cc	15' "	"
A. M.	19 "	"	Herniorrhaphia inguinal	L <sup>2</sup> — L <sup>4</sup>	25 cc	20' "	"
A. G.	—	"	Gastroduodenectomia	D <sup>12</sup> — L <sup>1</sup>	40 cc	18' "	Regular
A. B.	26 "	"	Eversão da vaginal	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	30 cc	15' "	Bôa
J. S.	25 "	"	Appendicectomia	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	20 cc	10' "	Regular
A. L.	—	"	Ressecção esphynter pelvi-rectal	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	35 cc	20' "	Bôa
A. B.	21 "	"	Herniorrhaphia inguinal	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	30 cc	13' "	"
P. C. M.	40 "	"	Trat. de eventração post-operatoria.	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	30 cc	20' "	"
A. Q. M.	39 "	"	Ligadura e ressecção da saphena externa.	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	25 cc	18' "	"
A. B.	26 "	"	Herniorrhaphia inguinal	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	30 cc	15' "	"
M. M. M.	22 "	"	Ressecção da vaginal	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	30 cc	15' "	"
C. R.	55 "	"	Herniorrhaphia inguinal	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	35 cc	23' "	"
F. T.	14 annos	"	Orchidopexia. Herniorrhaphia.	D <sup>12</sup> — L <sup>1</sup>	20 cc	15' apoz	Bôa
J. S.	51 "	"	Ressecção da saphena interna	L <sup>4</sup> — L <sup>5</sup>	25 cc	—	Falha
J. S.	34 "	"	Ressecção da vaginal	L <sup>4</sup> — L <sup>5</sup>	30 cc	15' apoz	Bôa
C. S.	49 "	"	Herniorrhaphia inguinal	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	30 cc	20' "	"
A. F.	65 "	"	Herniorrhaphia inguinal	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	35 cc	13' "	"

(continúa)

(continuação)

NOME	IDADE	SEXO	O P E R A Ç Ã O	NIVEL DA PUNÇÃO	QUANTIDADE DE ANESTHESICO	INICIO DA INTERVENÇÃO	RESULTADO
F. T.	25	♂	Appendicetomia . . . . .	D <sup>12</sup> — L <sup>1</sup>	55 cc	15'	"
B. D. B.	42	"	Ressecção e eversão da vaginal . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>6</sup>	25 cc	15'	"
J. N.	25	"	Appendicetomia . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	35 cc	15'	"
M. M. M.	30	"	Herniorrhaphia crural . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	30 cc	15'	"
D. M.	32	"	Gastroduodenetomia . . . . .	D <sup>11</sup> — L <sup>12</sup>	55 cc	30'	Regular Bóia
J. T.	36	"	Herniorrhaphia umbilical . . . . .	L <sup>1</sup> — L <sup>2</sup>	35 cc	20'	"
K. K.	26	"	Debridamento fistula anal . . . . .	L <sup>4</sup> — L <sup>6</sup>	35 cc	35'	"
Z. K.	34	"	Appendicetomia . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>3</sup>	25 cc	15'	"
E. R. L.	25	"	Appendicetomia . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	30 cc	20'	"
R. C.	69	"	Appendicetomia . . . . .	L <sup>4</sup> — L <sup>6</sup>	35 cc	—	Accidente Bóia
J. L.	58	"	Appendicetomia . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	30 cc	15' apoz	"
R. G.	45	"	Herniorrhaphia inguinal . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	40 cc	20'	"
K. H.	60	"	Laparotomia exploradora . . . . .	D <sup>12</sup> — L <sup>1</sup>	30 cc	15'	"
J. B. J.	—	"	Appendicetomia . . . . .	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	28 cc	10'	"
F. T.	40	"	Gastroduodenetomia . . . . .	D <sup>12</sup> — L <sup>1</sup>	50 cc	20'	"
C. B. C.	70	"	Symphactomia peri-arterial . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>3</sup>	30 cc	25'	"
A. F. C.	22	"	Herniorrhaphia inguinal . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	30 cc	20'	"
H. B.	65 annos	"	Colecystetomia . . . . .	L <sup>1</sup> — L <sup>2</sup>	40 cc	—	Falha Bóia
M. P.	—	"	Herniorrhaphia inguinal . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	27 cc	15' ópoz	"
F. S.	15 annos	"	Appendicetomia . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	30 cc	15'	"
J. Z.	45	"	Herniorrhaphia inguinal . . . . .	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	40 cc	15'	"
O. V.	30	"	Herniorrhaphia inguinal . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	30 cc	20'	"
J. L. V	49	"	Gastrostomia . . . . .	L <sup>1</sup> — L <sup>2</sup>	30 cc	20'	"
B. M.	24	"	Appendicetomia . . . . .	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	35 cc	20'	"
O. R.	17	"	Extirpação de polypo do reto . . . . .	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	20 cc	30'	Insuficiente Bóia
B. M.	15	"	Herniorrhaphia inguinal . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	20 cc	20'	"

(continúa)

(continuação)

NOME	IDADE	SEXO	OPERAÇÃO	NÍVEL DA PUNÇÃO	QUANTIDADE DE ANESTHÉSICO	INÍCIO DA INTERVENÇÃO	RESULTADO
W. F.	55	♂	Eversão da vaginal.	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	35 cc	15'	"
G. F.	—	"	Gastroduodenectomia	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	60 cc	20'	"
O. L.	25	"	Appendicectomia	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	25 cc	20'	"
J. L.	25	"	Exatracão c/extranho no esterno	D <sup>7</sup> — D <sup>8</sup>	25 cc	20'	"
K. M.	45	"	Abertura abcesso reg. glútea.	L <sup>1</sup> — L <sup>2</sup>	30 cc	20'	"
V. B.	—	"	Herniorraphia inguinal	L <sup>1</sup> — L <sup>4</sup>	45 cc	20'	"
A. A.	29	"	Hemorroidectomia.	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	45 cc	30'	"
M. R.	84	"	Amputação do penis	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	48 cc	25'	"
E. P.	30	"	Appendicectomia	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	35 cc	20'	Insuficiente
P. D. M.	28	"	Gastroduodenectomia	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	55 cc	20'	Bôa
J. E.	51	"	Cerclage da rótula	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	30 cc	20'	Insuficiente
J. M.	30	"	Gastroduodenectomia	L <sup>1</sup> — L <sup>2</sup>	50 cc	20'	"
F. T.	30	"	Hemorroidectomia.	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	40 cc	25'	"
J. P. G.	60	"	Herniorraphia inguinal	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	45 cc	20'	Bôa
F. F.	29	"	Appendicectomia.	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	30 cc	20'	"
J. M.	—	"	Appendicectomia	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	35 cc	20'	"
J. L. F.	—	"	Herniorraphia inguinal.	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	30 cc	20'	"
K. S.	28	"	Epididimectomia	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	40 cc	25'	"
G. C.	—	"	Herniorraphia inguinal	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	45 cc	15'	"
P. C.	—	"	Appendicectomia	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	55 cc	15'	"
F. Q.	80	"	Fechamento fistula vésico-rectal	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	50 cc	20'	"
A. R.	49	"	Eversão da vaginal.	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	40 cc	20'	"
G. P. M.	45	"	Amputação de Gritti	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	35 cc	18'	"
A. M.	—	"	Appendicectomia	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	30 cc	20'	"
P. K.	18	"	Appendicectomia	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	38 cc	20'	"
N. S.	—	"	Ressecção esphincter anal.	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	30 cc	25'	"

(continúa)

(continuação)

NOME	IDADE	SEXO	OPERAÇÃO	NÍVEL DA PUNÇÃO	QUANTIDADE DE ANESTHESICO	INICIO DA INTERVENÇÃO	RESULTADO
T. M.	28 annos	♂	Appendicéctomia . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	28 cc	10'	"
A. R. O.	25 "	"	Gastroduodenéctomia . . . . .	L <sup>1</sup> — L <sup>2</sup>	50 cc	15'	"
C. X. O.	—	"	Cistomia . . . . .	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	35 cc	20'	"
F. T.	13 "	"	Appendicéctomia . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	28 cc	15'	"
J. F. D.	23 "	"	Appendicéctomia . . . . .	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	17 cc	20'	Insuficiente
S. Q.	25 "	"	Gastrectomia Finsterer . . . . .	L <sup>2</sup> — L <sup>4</sup>	50 cc	—	Bôa
M. P.	26 "	"	Appendicéctomia . . . . .	Dia — L <sup>1</sup>	50 cc	20' apoz	"
I. M.	52 "	"	Cistomia. Phymose. . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	35 cc	15'	"
F. T.	26 annos	♂	Appendicéctomia . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	27 cc	15' apoz	Bôa
N. T.	30 "	"	Appendicéctomia . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	45 cc	10'	"
J. V. R.	—	"	Ligamentopexia. Perincorrachia. . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	40 cc	25'	Insuficiente
F. S.	28 "	"	Appendicéctomia . . . . .	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	30 cc	15'	Bôa
F.	58 "	"	Herniorraphia crural . . . . .	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	40 cc	10'	"
F. S.	30 "	"	Appendicéctomia . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	40 cc	15'	"
G. T.	20 "	"	Appendicéctomia . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	35 cc	15'	"
J. M. C.	30 "	"	Symphathéctomia peri-arterial. . . . .	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	30 cc	20'	"
R. G. C.	24 "	"	Appendicéctomia . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	30 cc	15'	"
B. S. <sup>a</sup>	50 "	"	Appendicéctomia . . . . .	L <sup>1</sup> — L <sup>2</sup>	35 cc	10'	"
A. C.	—	"	Appendicéctomia . . . . .	L <sup>3</sup> — L <sup>4</sup>	25 cc	25'	"
F. R. G.	34 "	"	Gastroduodenéctomia . . . . .	L <sup>1</sup> — L <sup>2</sup>	50 cc	20'	Insuficiente
J. L.	54 "	"	Herniorraphia inguinal . . . . .	L <sup>2</sup> — L <sup>3</sup>	35 cc	20'	"

pupilla dilatou-se e o paciente cahiu em estado de inconsciência. Foi feita inj. intramuscular de 2 ampôlas de Cafeína e 10 cc. de Coramina foram injectados por via intravenosa. O pulso apresentava-se bradycardico e quasi impalpavel. Os movimentos respiratorios do thorax não eram perceptíveis. Foram feitos mais 10 cc. de Coramina em inj. intramuscular e iniciada foi a respiração artificial que perdurou pelo espaço de 12 minutos. Após esse tempo de respiração artificial o paciente recobrou a consciencia e aos poucos foram melhorando suas condições geraes. Algum tempo após entrou em estado de euphoria. A pressão arterial antes da anesthesia era de: Mx: 19,5 e Mn.11. Tomada meia hora após accusou 7,5 para a Mx. e 5 para a Mn. Não foi realizada a intervenção. O paciente sahiu do Hospital, a pedido.

*Observação 23* — J. S. — 51 annos, masc. branco, hungaro. *Oper.* — Ressecção da saphena interna de ambos os membros inferiores. (Dr. E. Mondadori). *Anesth.* — Dr. Enos C. F. Mondadori. Posição sentada. Puncções entre L<sup>3</sup>-L<sup>4</sup> e L<sup>4</sup>-L<sup>5</sup>. Provas da gotta, da aspiração com seringa, da pressão e da dôr á inj. de agua distillada, positivas. Inj. de 25 cc. de sol. de Ethocaina a 2 % adrenalinada. Posição horizontal — Falha. Na primeira punção feita entre L<sup>3</sup>-L<sup>4</sup> não foi observada a prova da gotta; houve perfuração da dura-madre e sahida de liquor e sangue. Foi retirada a agulha e praticada nova punção entre L<sup>4</sup>-L<sup>5</sup>; desta vêz todas as provas foram positivas. Foi feita a inj. de liquido anesthesico. Decorridos 20 minutos o paciente não apresentava o menor signal de anesthesia. Procedeu-se á infiltração local com Novocaina a 0,5 % (40 cc.). Finda a intervenção foi feita uma pesquisa cuidadosa e minuciosa da sensibilidade; esta achava-se presente e integra sobre todo o corpo.

*Observação 44* — H. B. — 63 annos, masc., branco, francez. *Oper.* — Cholecystectomy. Coledocostomia. (Prof. B. Montenegro). *Anesth.* Dr. J. M. Freitas. Posição sentada. Puncção entre L<sup>1</sup>-L<sup>2</sup>. Provas da gotta, da aspiração com seringa, da pressão e da dôr á inj. de agua distillada, positivas. Inj. de 40 cc. de Scuracaine a 2 %. Posição de Trendelenburg, accentuada. — Falha. A intervenção realizou-se sob a narcose pelo Balsoformio.

Não ha necessidade de comentarmos essas observações. Em todos os casos que a extra-dural apresentou-se insufficiente foi administrada como anesthesia complementar, a narcose pelo Balsoformio.

Uma leitura dos quadros adiante expostos, dá uma idéia de conjunto do emprego por nós feito desse typo de anesthesia parcial.

Sanatorio Esperança. Rua dos Inglezes, 258.

Endereço: Rua Botucatú, 312.

**NEO-HEPAN — figado injectavel**

## Exame roentgen-photographico das collectividades pelo processo Manoel de Abreu (\*)

**Dr. José Maria Cabello Campos**

*Radiologista do Dispensario Clemente Ferreira*

Sendo o Rotary Club um ambiente de selecção, um agrupado de homens devotados ao bem da humanidade, abusando da vossa generosidade, quero fazer algumas ponderações sobre o problema social do combate contra a tuberculose, assumpto esse da maior relevancia na época presente.

Outros, com destacado brilhantismo, e convem citar os drs. Eduardo Vaz e Geraldo Franco, já tiveram oportunidade de tratar aqui desse importante assumpto; penso todavia não ser desacertada a minha insistencia, uma vez que ella póde constituir valioso auxilio, despertando a vossa attenção para a humanitaria cruzada de combate á terrivel peste branca.

Senhores, toda a idéa por mais sensata e proveitosa que seja, necessita como condição indispensavel para o seu triumpho, de um ambiente adequado e amparo de pessoas de boa vontade, e foi precisamente por isso que escolhi esta reunião, de vez que falando a homens de elevada cultura, os meus reclamos a bem da collectividade jamais ficarão esquecidos.

Todos nós temos contra a tuberculose uma justa preocupação, pois, sobre ser ella uma das molestias mais perigosas, é igualmente uma das que mais facilmente se propaga.

No quadro das molestias infecciosas, a tuberculose é talvez a que maior numero de vidas tem ceifado, e a campanha a se oppor contra esse terrivel fragello não deve ter como unico escopo o tratamento das suas victimas, e sim repousar em obra de profilaxia, defendendo da contaminação os que ainda não foram atacados, e por isso disse com acerto o illustrado collega dr. Eduardo Vaz: — “A defeza do são não só visa subtrahir mais victimas á peste branca, como prevenir as suas consequencias sociaes”.

(\*) Palestra realizada na sessão de 30-9-38, no Rotary Club de São Paulo.

Não surgindo essa molestia, acompanhada de signaes característicos apparentes reveladores da sua existencia, difficil se torna impedir a sua propagação sem o amparo de um appparelhamento technico, que permitta determinar os individuos por ella contaminados.

Disso resulta que a sua propagação no nosso meio, se processa de forma alarmante e progressiva, quer admittindo irreflectidamente em nossos lares pessoas affectadas do mal, quer nos cafés, nos vagões, quarteis, hoteis e outros pontos de reunião publica, sendo que muitas vezes os proprios causadores do contagio ignoram o seu estado de saude.

Cumpre, senhores, incentivar a campanha contra essa terrivel molestia, e esta só poderá tornar-se efficiente, si instituirmos obrigatoriamente o exame pulmonar systematico das collectividades, por ser esse órgão o mais visado pela molestia.

Muito já tem feito na humanitaria campanha contra a tuberculose, o benemerito e insigne tisiologico, dr. Marques Simões, director do Serviço de Tuberculose do Estado, que ora nos honra com a sua presença, mas tendo-se em conta a extensão do mal que a molestia tem causado, o assumpto reclama mais vastos recursos.

O exame systematico das collectividades não visa o fim egoistico da preservação unicamente: visa, acima de tudo, descobrir os individuos já contaminados para restituir-lhes a saude perdida.

Porque senhores, havemos de permittir que a molestia dia a dia invadindo os lares, as fabricas, e até os proprios campos aumente o numero das suas victimas, quando encontramos na radiologia uma forma pratica, facil e economica de lhe offerecer decisivo combate?

Não pretendo reservar para a radiologia a condição de ser ella a forma mais positiva para o diagnostico, mas devemos convir entretanto, que é a mais rapida, a mais pratica e que maiores facilidades offerece.

A campanha contra a tuberculose não pôde ficar adstricta á iniciativa particular, e assim sendo, torna-se necessario que conjuguemos os nossos esforços no sentido de conseguir do poder publico, a exemplo do que já vem sendo feito em outros paizes, a obrigatoriedade do exame pulmonar das collectividades.

As difficuldades de ordem economica, que antes poderiam ser oppostas, já não prevalecem em face do intelligente methodo lançado pelo notavel radiologista dr. Manoel de Abreu, methodo esse que permite, com um custo verdadeiramente insignificante, obterem-se exames radiologicos de resultados identicos aos exames habituaes.

Esse methodo efficiente e pratico surgiu acompanhado de tamanho prestigio, que passando as nossas fronteiras está sendo em-



pregado a inteiro contento em outros paizes, e não me parece justo, que nós a quem cabe o orgulho da descoberta, nos reservemos o ultimo lugar na sua applicação.

Devemos, senhores, com todo o empenho, pedir aos responsaveis pelos destinos politicos do nosso paiz, que essa descoberta valiosa não aproveite apenas aos outros povos, mas que igualmente nos aproveite, de vez que para isso possuímos maiores direitos.

Assim, senhores, agradecendo a attenção que me foi dispensada, espero que nós os rotaryanos ainda possamos formar na vanguarda desta humanitaria campanha, exigindo, ainda antes de qualquer disposição de lei, o exame thoraxico collectivo para os que estão ao nosso serviço, nas fabricas, escriptorios, etc. uma vez que della, sobretudo, depende o nosso bem estar, a grandeza da nossa patria e a valorização e aperfeiçoamento da nossa raça.

Endereço: R. Tupy, 593.

# GLYCOSORO

O melhor contra a fraqueza organica, sobretudo quando houver retenção chloretada  
Uma injeção diaria ou em dias alternados

SORO GLYCOSADO  
PHOSPHO-ARSENIADO  
COM OU SEM  
ESTRYCHNINA

Laboratório  
Grisol  
Rio de Janeiro

## CHLORO-ANEMIA

APPROVAÇÃO da ACADEMIA de MEDICINA  
de PARIS

Exigir os Verdadeiros

### Pilulas e Xarope BLANCARD

*Marcar*

de PARIS  
Assinatura e Etiqueta verde.

POBREZA DO SANGUE - ESCROFULAS

## CHIMIOTHERAPIA DAS DOENÇAS INFECCIOSAS

*Dor via buccal:*

# SEPTAZINE

(46 R. P.)

Benzyl-amino-benzene-sulfamida  
Comprimidos a 0gr.50 (Tubo de 20 e vidro de 250 comprimidos)

*Dor via parenteral:*

# SOLUSEPTAZINE

(40 R. P.)

P. (γ-phenyl-propyl-amino) phenyl-sulfamida-α-γ-disulfonato de sodio  
Ampolas de 5 e 10 cc. (Caixas de 5 e 50 ampolas de cada dose).

*Prophylaxia e tratamento de:*

Estreptococcia, associada ou não a estaphy-  
lococcus. Meningococcia - Pneumococcia -  
Gonococcia - Colibacillose.

*Dosologia:*

SEPTAZINE - 4 a 8 comprimidos.  
SOLUSEPTAZINE - 20 a 40 cc. por dia,  
em injeções endovenosas, intramusculares ou  
subcutaneas.

RHÔNE



POULENC

CORRESPONDENCIA: **Rhodia** - CAIXA POSTAL 2916 · S. PAULO

## Arteriographia (\*)

(Technica, indicações, contra indicações, resultados)

**Dr. Moysés Barmak**

*Assistente voluntario da Clinica Cirurgica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo. (Prof. Benedicto Montenegro).*

Por arteriographia comprehende-se a visualisação radiologica do systema arterial de determinado segmento organico.

### HISTORICO

Até 1923 não se havia praticado a arteriographia "in vivo", em virtude da toxicidade dos meios de contraste. A partir de 1923 apparecem numerosos meios de contraste mais ou menos inocuos, trazendo comsigo consideraveis esperanças no que respeita a etiologia, pathogenia, diagnose e therapeutica das affecções do systema arterial.

Assim, desde logo, com bastante enthusiasmo, foi empregado o lipiodol por Sicard, Forestier e Costes na França em 1923. O bromureto de estroncio por Berberin e Hirsch na Allemanha, naquella mesmo anno. O iodureto de sodio nas mais variadas concentrações foi empregado por Brooks nos Estados Unidos em 1924.

A variação dos meios de contraste de um autor para outro, já é sufficiente indicio de resultados não satisfactorios. E realmente os resultados foram maus. O lipiodol, substancia gordurosa não miscivel ao sangue injectado em dose maior embolisa-se no systema arteriolar; injectado na dose de 2-3 cc. visualisava quando muito o tronco principal, mas nenhuma indicação dava sobre a circulação collateral. O iodureto de sodio extremamente doloroso nas altas concentrações produzia com grande frequencia agravação do estado pathologico por endarterite irritativa. Não será mister insistir sobre este facto porquanto sabem

---

(\*) Palestra didactica realizada na 29.<sup>a</sup> reunião semanal do Departamento de Technica Operatoria e Cirurgia Experimental da Escola Paulista de Medicina (Prof. José Maria de Freitas).

todos que o iodureto de sodio é empregado para facilitar a cura dos aneurismas pela obliteração.

Mediante taes insucessos foi a arteriographia abandonada até que em 1927 os trabalhos minuciosos de Egas Moniz e de Reynaldo dos Santos ampliando as anteriores pesquisas, fazem arteriographias cerebraes e aortographias e Reynaldo dos Santos indica a arteriographia como meio semeologico para um sem numero de affecções extra arteriaes.

Reynaldo dos Santos parece não ter tido insucessos e isto levou os internistas no estrangeiro ao uso e abuso da arteriographia do que resultaram inumeros accidentes, donde se deve concluir não ser este processo inocuo e ter por isso as suas contraindicações que ainda estão por ser precisadas.

### ESTUDO CRITICO DOS MEIOS DE CONTRASTE

Um bom meio de contraste deve satisfazer a certas condições que passamos a enumerar:

- 1.º) Deve ser opaco aos raios X.
- 2.º) Não deve lesar as paredes arterias.
- 3.º) Não deve perturbar a circulação sanguinea.
- 4.º) Não deve prejudicar o organismo.
- 5.º) Deve trazer acção benefica.

Bem raros são os meios de contraste que satisfazem a todas as condições enumeradas, senão vejamos:

**LIPIODOL** — O lipiodol, substancia de notavel opacidade, é um oleo iodado, contendo 40 % de iodo. De consistencia espessa, não se mistura ao sangue, comportando-se como um corpo extranho. Pela sua natureza oleosa embolisa-se nas arteriolas, pela sua natureza chimica irrita a parede vascular, determinando real agravação da ischemia com consequente gangrena. Injectado em pequena dose (2-3 cc.), não visualisa sinão os troncos principaes e assim mesmo com notaveis falhas. Pelo que cahiu em abandono este meio de contraste.

**IODURETO DE SODIO** — O iodureto de sodio foi a principio usado na concentração de 100 %. Substancia de notavel opacidade, tem sobre o lipiodol a vantagem de ser aquosa, isto é miscivel ao sangue. Nestas condições diffunde-se e visualisa todo systema arterial permeavel. Mas, tal é a dor que sua injeccão provoca que a narcose ou a rachianestesia torna-se indispensavel para poder radiographar. Esta dor tão intensa é devida a forte espasmo vaso-constrictor, que se traduz pela algidez e oscillação nulla ao oscillometro de

Pachon. Este espasmo pode tornar-se bastante duradouro agravando seriamente as gangrenas ou as arterites em evolução. Além disto expõe ainda a todos os accidentes do iodismo.

Egas Moniz e Reynaldo dos Santos, graças a certos artificios de radiographia reduziram a concentração do iodureto de sodio a 25 %, mas ainda assim persiste o intenso espasmo doloroso e a irritação endotelial.

**COMPOSTOS ORGANO IODADOS** — Os compostos organo-iodados permittiram rapida expansão da arteriographia. Pois o iodo combinado a mollecula organica, perde suas acções deleterias. Mas, por outro lado torna-se mais difficilmente soluvel nagua e só as soluções hypertonicas opacificam e em taes condições provocam espasmo e dor. Suprimida a acção deleteria do iodo nos compostos organo-iodados cogitou-se em depural-os das suas demais propriedades nocivas e aproximal-os tanto quanto possivel do meio de contraste ideal, e assim surgiram numerosos productos que se differenciam pela sua variavel riqueza em iodo, variavel solubilidade e pela sua maior ou menor hypertonicidade. Taes são as principaes diferenças entre o Uroselectan, Uroselectan B, Abrodil, Perabrodil, Tenebril, Neotenebril, etc.

**COLLOTHOR** — Dentre todos os compostos organo-iodados é o Collothor que tem acarretado maior numero de accidentes graves.

Henry Reboul em 4 arteriographias praticadas com este corpo, teve accidentes em 2 casos. O collothor deve ser banido da technica arteriographica.

**TENEBRIL** — A seguir é ao Tenebril a 30 e 45 % que se attribue o maior numero de accidentes graves. Em 192 injeções intraarteriaes de Tenebril, relata Henry Rebaul 2 casos de gangrena e 29 accidentes de menor importancia como sejam agravações da arterite, echymoses, phlyctenas, etc.

**UROSELECTAN** — O Uroselectan tem dado bons resultados, registra-se comtudo na litteratura alguns casos maus.

**PERABRODIL** — O Perabrodil é citado entre os melhores meios de contraste, mas é preciso muito cuidado quando se faz a punção percutanea, porque si injectado fora da luz arterial traz necrose e esfacelo dos tecidos.

**THOROTRAST** — Ultimamente vem se empregando o dioxido de thorio, que se encontra no commercio sob a denominação de Thorotrast.

Reynaldo dos Santos cita uma estatística de 1.300 injeções intra-arteriaes de Thorotrast, das quaes 300 feitas por elle e seus collaboradores, sem nenhum accidente.

Henry Reboul foi menos feliz, em 23 casos teve 5 accidentes de pequena monta (espasmos e echymoses).

O Thorotrast recommenda-se ainda, porque traz notavel melhora subjectiva em virtude da vaso dilatação que produz e que dura 2 ou mais dias. No entanto alguns abstem-se de empregar-o por ser substancia radioactiva, attribuindo-lhe actividade cancerigena, propriedade esta que até hoje nenhuma comprovação certa teve.

Em conclusão, deve-se regeitar o Collothor e o Tenebril a 30 % e 45 % e dar preferencia ao Thorotrast e Uroselectan e tambem ao Perabrodil si a arteria for exposta.

## TECHNICA

Escolhido o meio de contraste, empregar-se-ha 20 a 25 cc. para as arteriographias do membro inferior e 12 a 15 cc. para as do membro superior. Em usando-se o Uroselectan ou o Perabrodil, convirá antes pesquisar a intolerancia iodica, administrando na vespera 10 cc. de iodureto de sodio a 10 % na veia e praticar-se-ha o test vaso motor, sobre o qual mais tarde fallaremos.

A arteria pode ser punccionada apos previa disseccção em uma pequena extensão, deixando então uma alça de um fio pela qual a arteria será constringida acima da punccção quando se injectar, ou então empregar-se-ha a technica percutanea que da resultados identicos nas mãos dos praticos. Para tanto, nos individuos mais pusilanimos, far-se-ha anesthesia local com 5 cc. de novocaina a 1 % no local da punccção, isto evitará movimentos molestos por parte do enfermo, por occasião da punccção para injeccção do meio de contraste.

O uso do Perabrodil importa em narcose previa que pode ser praticada com o Evipan sodico, do contrario o phenomeno doloroso não permite boa imobilidade quando se radiographa.

Na mesa o doente occupa o decubito dorsal. Preferindo-se a supinação para as arteriographias do membro superior e a rotação externa para as do membro inferior. Focalizado o segmento que interessa e preparado o aparelho como para radiographia de osso, puncciona-se com agulha de 5 cents. de comprimento e calibre de cerca de 9/10 mm. Para tanto repara-se a arteria com a mão esquerda, punccionando com a direita. Reconhece-se que a agulha está na arteria quando penetra sangue rutilante na seringa com bastante pressão e de forma descontínua, aos jactos. Então cateterisa-se um pouco a arteria, tendo o cuidado de exercer pressão sobre o embolo afim de não per-

mittir a penetração de sangue dentro da seringa, porque a sua mistura com o liquido opaco, especialmente o Thorotrast não é uniforme, podendo originar differenças de opacidade até columnas intercaladas na radiographia, o que falsearia o resultado.

Antes de injectar um auxiliar comprimirá a arteria logo acima do ponto punccionado. Para o membro superior emprega-se com vantagem o manguito de um aparelho de pressão arterial que se insufla até pouco acima da pressão arterial maxima do paciente. Esta compressão visa a supressão da torrente sanguínea, sem o que a diluição do contraste é exagerada redundando em enfraquecimento do cliché radiographico. Outra manobra aconselhavel para o mesmo fim é a compressão tambem abaixo do segmento que se quer radiographar. Porque quanto maior a concentração tanto melhor o cliché.

Reynaldo dos Santos que estudou perfeitamente a dosagem dos contrastes chegou a conclusão de que o sangue precisa apresentar a concentração minima de 5 % de iodoreto de sodio no momento da incidencia dos raios X para obter-se um bom cliché.

A injectão deve ser rapida. Toda a injectão não deve durar mais de 10 segundos. Terminada a injectão a chapa será immediatamente batida. Pode-se ainda mudar a posição do membro e bater outra chapa.

E'inteiramente sem fundamento o perigo de hemorragia pelo orificio da punção arterial. Só existe uma observação de Mauclair relatando grave hemorragia que ocorreu num individuo de arterias muito esclerosadas e no qual, posteriormente nem a sutura foi possivel. Ordinariamente nem sequer se observa o hematoma que com frequencia ocorre nas punções venosas e isto pelo facto que, quanto mais calibrosa a arteria, mais rica é ella em tecido elastico que occlue o orificio da agulha. Para casos como o citado por Mauclair recommenda-se injectar atravez uma collateral deliberadamente seccionada para este fim.

### INSUCESSOS, INCIDENTES E ACCIDENTES

A technica arteriographica relativamente simples em exposição theorica não o é na pratica; assim não fora não haveria tantos insucessos para os iniciadores e não haveria incidentes a relatar e accidentes a lamentar.

Henry Reboul relata no inicio dos seus trabalhos de 40 a 50 % de insucessos. Mas o mesmo Reboul relata a queda daquelle porcentagem de insucessos para 10 % quando se tornou mais familiarisado com a technica arteriographica.

Na 4.<sup>a</sup> cirurgia de homens da Santa Casa de Misericordia de São Paulo, sobre as primeiras arteriographias praticadas houve 25 % de insucessos.



Os insucessos podem ser attribuidos:

- 1.º a falhas da punção.
- 2.º a falhas da injeção.
- 3.º a insufficiencia radiologica.
- 4.º a condições inherentes ao doente.

**FALHAS DA PUNÇÃO:** — Difficuldades encontra-se na punção nos casos de arterias atheromatosas com luz diminuida. Outras vezes puncciona-se a veia em vez da arteria.

**FALHAS DA INJEÇÃO:** — Durante a injeção pode a agulha sahir um pouco da luz arterial e proceder-se a injeção na adventicia, o que pode redundar em espasmo arterial de serias proporções. Outras vezes é a injeção praticada na bainha dos vasos ou ainda mais superficialmente. Outras vezes o insucesso é devido a injeção demasiado lenta ou pelo contrario a excessiva pressão com que foi praticada. Para contornar esta causa de insucesso foi que Reynaldo dos Santos ideou um aparelho, o arteriographo, destinado a injectar com pressão constante.

**INSUFFICIENCIA RADIOLOGICA:** — Este notavel factor de insucesso é dado pela incidencia prematura ou retardada dos raios X.

**CAUSAS INHERENTES AO DOENTE:** — Finalmente a má immobilisação do doente seja quaes forem os motivos pode prejudicar o cliché radiologico.

Ordinariamente a immobilidade é causada pela dor que provoca o meio de contraste injectado.

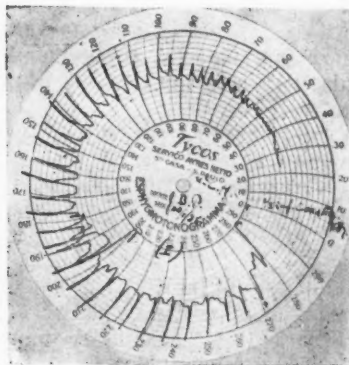


Fig. 1  
Oscillometria no terço inferior da  
coxa esquerda de J. B. P., em  
20/1/1938.

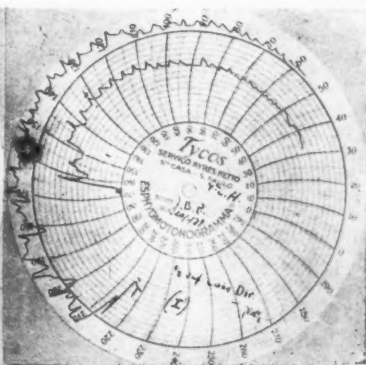
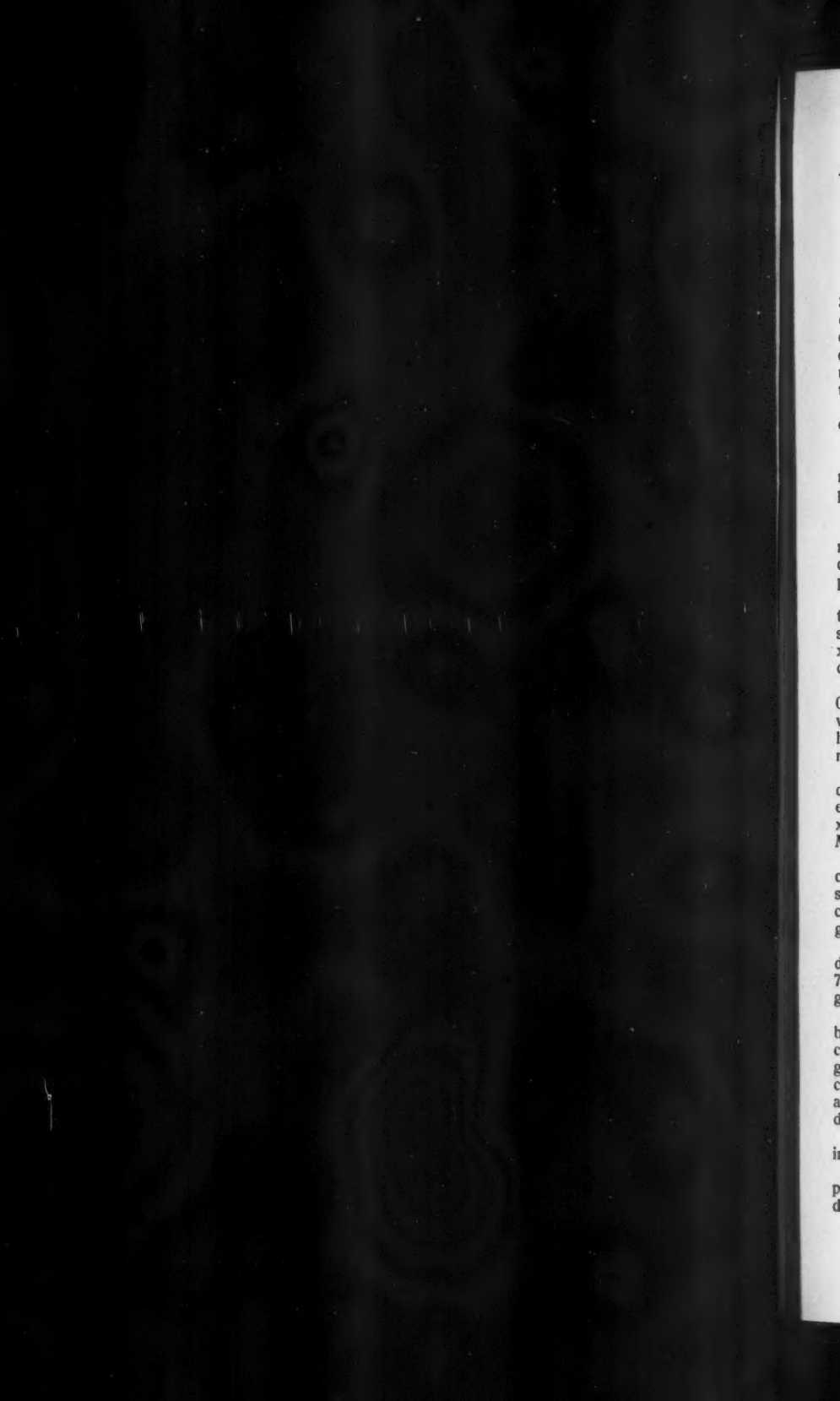


Fig. 2  
Oscillometria no terço inferior da  
coxa direita de J. B. P., em  
20/1/1938.







Bem mais serio e mais premente é o estudo dos accidentes da arteriographia como bem se pode aquilatar do seguinte caso que nos occorreu:

Ha 5 mezes occupava o leito N.º 28 da 4.ª cirurgia de homens da Santa Casa, de Misericordia de S. Paulo, o doente J. B. P. de 83 annos de idade. Internou-se este paciente porque, durante 6 mezes, vem accusando dores em forma de pontadas e esfriamento do pé direito. E porque 25 dias antes da sua internação, desenvolveu-se espontaneamente uma ulceração pouco maior de uma moeda de 400 rs. na região maleolar externa da perna direita.

Nos antecedentes pessoas só ha a registrar moderado ethylismo chronico.

Nos antecedentes hereditarios nada digno de nota.

O paciente apparentando a idade que diz ter, um pouco desnutrido, marcha a pequeninos passos arrastando os pés, isto é sem levantar a planta do pé do solo. E falla em voz baixa e com difficuldade.

Osapparelhos respiratorio e digestivo nada de interesse offerecem.

No apparelho circulatorio registra-se para o lado do coração, abafamento de bulhas com predominancia da intensidade da 2.ª bulha nos focos da base. As arterias radiaes apresentam-se muito endurecidas. Os pulsos cheios, fortes, rythmicos. Pressão arterial: Mx. 20 Mn. 10.

Ao exame local o paciente apresenta ambos os pés ligeiramente hypothermicos. O pé direito apresenta cyanose nos artelhos, os quaes apresentam-se rigidos occupando sempre a mesma posição em pronunciada fleção plantar. Na região maleolar externa uma ulcera atonica, limpa, pouco maior de uma moeda de 400 rs.

Desde a sua entrada em 13/12/37 até 20/1/38 o doente fez acecoline 0,10 intramuscular alternado com 250 cc. de soro chloretado a 5 % na veia e applicações locais na ulceração. Esta em pouco cicatrizou, não havendo no entanto modificação para o lado das dores e sensação de frio no pé direito e cyanose dos artelhos do mesmo lado.

Em 20/1/1938 a oscillometria (fig. 1 e 2) accusou forte diminuição da permeabilidade arterial já no 1/3 inferior da coxa direita. Pois que emquanto n.º 1/3 inferior da coxa esquerda a Mx. é 270 e a oscillação maxima de uma amplitude de 9 espaços, no 1/3 inferior da coxa direita a Mx. é 130 e a oscillação maxima não ultrapassa 1,5 espaços em amplitude.

Seis dias depois uma arteriographia praticada com Uroselectan e percutanea mostrou (fig. 3) lesões typicas de arterite senil. Como porém só obtivessemos a femural e desejassemos tambem ver o estado da circulação na perna e pé, ficou resolvido praticar opportunamente uma segunda arteriographia.

A segunda arteriographia foi particada 11 dias após a primeira, nada de anormal accusando o paciente no decorrer deste lapso de tempo. Em 7/2/938 exposta a arteria no canal de Unter foi praticada nova arteriographia com toda technica, injectando-se 20 cc. de Uroseletan B.

A arteriographia mostra (fig. 4 e 5) signaes de arterite senil, com bloqueio da tibial posterior, arterias com luz de calibre diminuido e circulação lenta na extremidade attestada pelo facto de podermos radiographar primeiro a perna e depois o pé sem nova injeção de meio de contraste. Comtudo havendo arterias principaes ainda permeaveis até aos artelhos. Insistimos sobre o facto de a circulação se achar fortemente diminuida, mas presente.

Vinte quatro horas após esta arteriographia o doente queixa-se de intensas dores no pé direito, o qual se apresenta notavelmente cyanosado.

No dia seguinte a oscillometria (fig. 6) difficultada pela dor que o paciente accusa, mostra completa ausencia de oscillações no 1/3 inferior da perna, aonde a arteriographia da ante-vespera mostra as arterias



Fig. 3

Arteriographia per cutanea da femural esquerda em 26/1/1938, mostrando lesões de arterite senil



Fig. 4

Lesões de arterite senil com bloqueio da tibial posterior

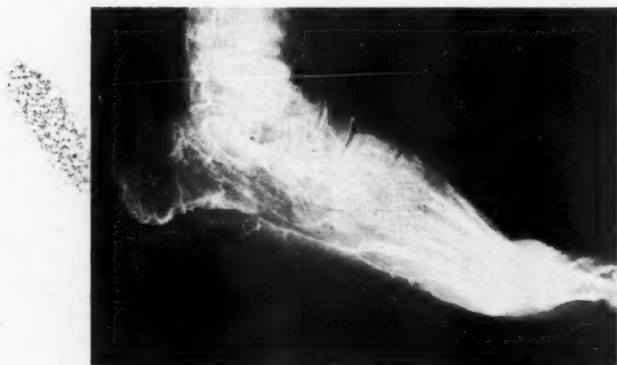


Fig. 5

Lesões de arterite senil evidenciadas nas artérias do pé direito atestados pela diminuição da circulação

principaes de luz diminuida, mas presente. Nesse dia, placas de cyanose invadem a perna direita, as dores intensificam-se e o pé apresenta-se gelado.

Vaso dilatadores e agua quente desde o apparecimento inicial da complicação nenhuma melhora traziam, seguindo o mal a sua evolução rapida e progressiva.

Em 10/2/938 (3.º dia após a arteriographia) o pé apresenta-se de uma cor violacea muito escura, havendo 2 zonas de esphacelo cutaneo superficial; uma na face dorsal do pé e outra no 4.º artelho. O pé gelado e insen-

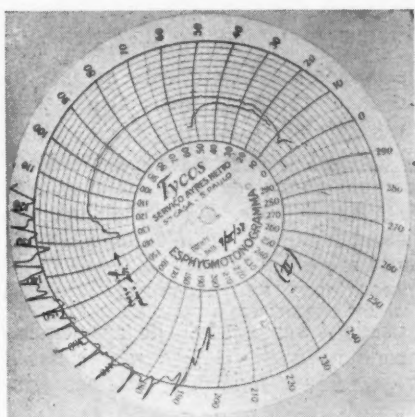


Fig. 6

Oscillometria no terço inferior da perna direita, 24 horas após a arteriographia das figuras anteriores mostrando ausencia de oscillações

sivel. Acima da cyanose o doente accusa muita dôr. A gangrena era franca.

Em 12/2/938 (5.º dia após a arteriographia) as condições continuavam immutaveis com peiora do estado geral do doente; pelo que foi resolvida a amputação no 1/3 inferior da coxa, porque placas cyanoticas invadiam já o 1/3 medio da perna.

A que attribuir tão grave accidente?

Revido a litteratura sobre o assunto, encontramos já citados accidentes identicos, não deixando comtudo de ser occorrença rara. Mais communs são os accidentes benignos (espasmos, echymoses). Uns e outros podendo ser attribuidos a um sem numero de causas que passaremos em revista. No apparecimento dos accidentes deve-se tomar em consideração:

- 1.º) factores mecanicos.
- 2.º) a natureza das substancias de contraste.
- 3.º) a hypertonicidade das soluções.
- 4.º) o logar da injectão.
- 5.º) o terreno.

1.º) FACTORES MECANICOS: — Todos os que já denudaram uma arteria, sabem que se pode desencadear processos de vaso constricção de extrema variabilidade no que respeita a intensidade e duração seja:

- a) pelo simples toque do vaso
- b) pela simples picada da arteria
- c) pela sua compressão  
e o mesmo observa-se:
- d) pela hyperpressão ainda que ligeira provocada pela brusca introdução de liquido na arteria.

Todos estes processos sem duvida alguma provocarão uma vaso-constricção tanto maior quanto mais vivas forem as reacções vasos motoras do individuo.

2.º) NATUREZA DA SUBSTANCIA DE CONTRASTE: — A' natureza das substancias de contraste tem sido imputados a quasi totalidade dos accidentes. Excepção aberta ao Perabrodil já foram publicados accidentes com todos os meios de contraste.

Henry Reboul sobre um total de 225 injeccões intra-arteriaes da a seguinte porcentagem de accidentes:

com Collothor usado 4 vezes, 50 % de accidentes graves;  
com Tenebril usado 193 vezes, 1 % de accidentes graves, 5 % de accidentes leves e 8 % de espasmos arteriaes sem maior importancia;

com Thorotrast usado 23 vezes, 23 % de accidentes leves.

Accidentes graves chamamos as gangrenas e de accidentes leves o apparecimento de echymoses, flictenas, espacelo cutaneo superficial que facilmente cicatriza.

3.º) HYPERTONICIDADE DAS SOLUÇÕES: — A hypertonicidade irritando as terminações nervosas intravasculares, pode auxiliar o desencadeamento de um reflexo vaso constrictor, Mas não é certo attribuir o espasmo só a hypertonicidade como o desejam muitos autores, podendo-se lhes objectar com o Thorotrast que não é hypertonico e com o qual relatam accidentes O. Lambert, Leriche, Jacques Leveuf, Wertheimer e Frieih, Henry Reboul, etc.

4.º) LOGAR DA INJECCÃO: — Lembra-se a possibilidade de se provocar graves espasmos si a injeccão for feita nas tunicas arteriaes. Sobretudo em sendo o liquido de contraste injectado na adventicia que é tão rica em filetes sympathicos vaso-constrictores.

5.º) TERRENO: — E' de se presumir que o apparecimento dos accidentes filiados a espasmos arteriaes mais ou menos intensos, deve depender em elevado grau da maior ou menor labilidade vaso-motora do individuo.

Aqui como em qualquer outra parte é preciso ser ecletico. Não se pode imputar os accidentes exclusivamente a um dos fa-

ctores que passamos em revista seja elle mecanico, chimico ou decorrente da hypertonicidade ou do local em que se praticou a injectão, mas sim de um ou mais destes factores, alliados a um terreno predisposto como seja aquelle no qual facilmente se desencadeam intensas reacções vaso-motoras.

E' de um meio seguro capaz de revelar estes individuos predispostos que ainda se ressentem a technica arteriographica. Em falta de melhor recommendam Reboul e L. Bazy uma injectão intradermica de 1/10 de cc. de adrenalina millesimal. Si apparecer em torno do ponto injectado uma zona branca com mais de 2 cents. de diametro fica formalmente contra-indicada a arteriographia.

Os autores citam-n'o como um test valioso. Porém não deverá ser o unico, e para evitar aborrecimentos deve-se bem ter em mente as demais contra-indicações a arteriographia que são: graves transtornos circulatorios dos membros, as arterites em rapida evolução, as graves insufficiencias hepaticas ou renaes e as graves enfermidades geraes.

### VANTAGENS DA ARTERIOGRAPHIA, SUAS INDICAÇÕES

Entre os meios de exploração arterial é sem duvida a arteriographia o mais objectivo e o mais precioso. Emquanto os outros meios propedeuticos em pathologia arterial não nos informam sinão sobre a presença ou ausencia de obliteração, a arteriographia é tão rica em ensinamentos de ordem diagnostico therapeuticas que já ultrapassa a pathologia arterial para nos auxiliar no diagnostico de numerosas outras affecções dentre as quaes se encontra o tão complexo problema da differenciação dos tumores benignos daquelles malignos.

A arteriographia desenhando a arvore arterial de uma região ou órgão qualquer, da nos informes sobre o calibre das arterias, sua direcção e contornos, mostra as variações na espessura da parede pelas desigualdades da opacidade, traduzindo atheromas. Mostra nitidamente as obstrucções arteriaes, sua situação, seu limite superior e a miude tambem o inferior; sejam obstrucções completas ou incompletas, segmentarias ou totaes, unicas ou multiplas; bem como ainda expõe toda a circulação collateral indicando com isto a therapeutica a seguir. Pois Reynaldo dos Santos já o dissera que é a qualidade da circulação collateral mais que a permeabilidade dos grandes vasos o que assegura a vitalidade dos tecidos.

O estudo acurado dos arteriogrammas permite avançadas conclusões de ordem diagnostico differencial.



A *arteriographia normal* (fig. 7) mostra uma sombra homogênea, calibre regularmente e progressivamente decrescente, contornos lineares, curvas de grande raio. Circulação rápida que é atestada na fig. 7 pelo imediato aparecimento do líquido de contraste na veia.

Na *arterite senil* (fig. 3 e 8) nota-se artérias flexuosas, rigidez atestada por angulações nítidas, encaixes, bruscas interrupções, sendo muito característico o aspecto moniliforme dado por partes estreitadas e outras dilatadas.

No *mal de Leo Buerger* (fig. 9) acima da obstrução nada de anormal. Nas porções lesadas as artérias mostram-se de ca-



Fig. 8  
Arterite senil, com obliteração  
iniciando-se em l



Fig. 7  
Arteriographia  
normal

libre mui rapidamente decrescente e nos estadios avançados obliterações distaes totaes com desenvolvida rede collateral. Diferenciando-se das *Arterites traumaticas* por haver nestas obliterações arteriaes parciaes sem a diminuição accentuada no calibre da arteria e pela ausencia nesta de rica rede collateral.

*Embolias arteriaes* dão aspecto muito nítido de bloqueio total do contraste, nada mais de anormal havendo nas artérias.

No *mal de Reynaud* (fig. 10) as artérias são permeaveis e muito flexuosas.

Grande valor tem ainda a arteriographia em outros estados morbidos. Assim nos

*Aneurismas* (fig. 11) pode-se verificar si o hematoma tem realmente connexão com o tracto arterial. Indica qual o vaso



causador do aneurisma, revela si ha obliteração parcial ou total do sacco por thrombose secundaria. Mostra si se trata de aneurisma arterial ou arterio-venoso, si sacciforme ou em fuso; da indicações sobre a espessura das suas paredes, da indicações sobre a sua circulação collateral o que tem real valor na therapeutica a seguir.

Nos tumores a arteriographia mostrará uma vascularisação rica e irregular, inextrincavel, nos malignos, ao passo que pobre e regular nos benignos.

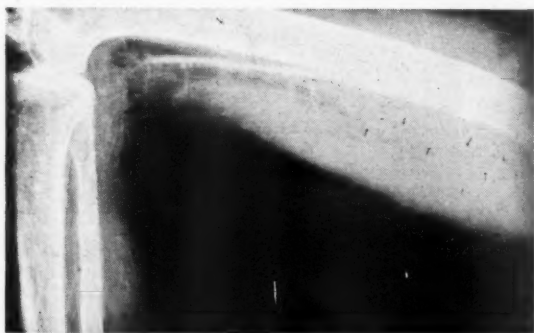


Fig. 9

Lesões arteriaes no mal de Leo Buerger

Reynaldo dos Santos ainda estende muito as suas indicações, praticando a arteriographia nas osteomyelites, arthrites, tuberculose ossea, etc.

Si a arteriographia é rica em indicações de ordem diagnostica não menos o é nas consequentes orientações therapeuticas. Assim da o processo de escolha no tratamento dos aneurismas, a sede de eleição nas amputações por arterite e graças a ella é possível a pratica da arteriectomia de Leriche, porque foi pela arteriographia que se verificou a grande porcentagem em que a obliteração da arteria só se restringe a femural sem attingir a poplitea, permitindo assim resecção do segmento obliterado, que no dizer de Leriche tem a função não mais de uma arteria mas de um nervo vaso constrictor.

### CONTRAINDICAÇÕES

Sem duvida a arteriographia é um exame de grande valor no estudo das affecções arteriaes, mas relativamente nova, a sua technica ainda esta longe de ser perfeita e as suas contraindi-

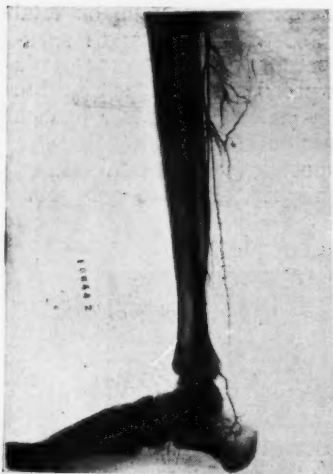


Fig. 10

Arteriographia no mal de Reynaud



Fig. 11

Arteriographia de um aneurisma  
arteriovenoso.

cações ainda não são bem conhecidas o que tem causado numerosos accidentes que poderiam ser evitados.

No momento actual deve-se contraindicar a arteriographia nos graves transtornos circulatorios dos membros, nas arterites de evolução rapida, nas graves insuficiencias hepaticas ou renaes, nas graves enfermidades geraes e em todos os individuos que apresentam pronunciada reacção vaso-motora evidenciada pelo test a que já fizemos referencia.

### CONCLUSÕES

A arteriographia, promissor methodo semeologico, é no estado actual um meio de exploração não de todo inocuo. Seja porque ainda não ha o meio de contraste absolutamente in-offensivo, seja porque as contraindicações a arteriographia ainda estão longe de ser precisadas, a pratica arteriographica pode acarretar accidentes muito serios. Mas sendo um exame de grande interesse deve ser divulgado ao par dos seus insuccessos, frisando-se bem a sua technica minuciosa e sobretudo as já conhecidas contraindicações. Assim agindo os raros accidentes serão sobejamente compensados pelos beneficios therapeuticos advindos deste novo methodo de exploração arterial.

Endereço: Rua da Graça, 193.





## Kysto solitario do humerus curado expontaneamente<sup>(1)</sup>

**Dr. Domingos Define**

*Livre docente em exercício da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*

Os casos de kysto osseo não são eventualidade muito frequente e os que se curam expontaneamente, o mais das vezes após fractura, dicta pathologica, são ainda mais raros. Entre nós, não tenho noticia de caso algum publicado e foi este o principal motivo da presente comunicação.

As diversas theorias que procuram explicar a etiologia dos kystos solitarios dos ossos, nenhuma dellas pôde ser acceita na sua totalidade, o que vale a dizer-se que a sua origem é até hoje desconhecida. A confusão que existe nesse assumpto é de tal molde, que não se sabe em qual capitulo da pathologia ossêa deve-se encaixar esta entidade — alguns a consideram como sendo um neoplasma e outros a collocam entre as degenerações fibrosas ou fibro-kysticas do tecido osseo, considerando-a como a expressão localisada da molestia generalisada e de evolução muito grave.

Nem num, nem n'outro grupo ella se enquadra, pois não apresenta os caracteres communs aos neoplasmas e da molestia de Recklinghausen ella se afasta não só pela sua localisação que é quasi sempre unica, dahi o nome de kysto solitario, como pela evolução que é benigna. A theoria que admite que o kysto ossêo é a expressão da phase de cura do tumor de cellulas gigantes, não pode ser admittida por falta de provas convincentes. Igualmente não encontram confirmação a hypothese etiologica das perturbações endocrinicas.

A situação ainda mais parece se complicar ante o facto da cura do processo kystico destructivo após uma fractura nesse nivel e o conhecimento dessa possibilidade já é de longa data.

A hypothese mais seductora é a que considera o kysto essencial dos ossos, o resultado de uma hemorragia medullar, que

(1) Trabalho apresentado em sessão de 29-11-36 da Sociedade Brasileira de Orthopedia e Traumatologia.

pela pressão do liquido hematico destróe progressivamente o tecido osseo circunstante. A' favor dessa concepção existem os seguintes factos. 1.º sua localização, zona metaphysaria portanto de maior irrigação, 2.º a cura se dá pela simples abertura da cavidade kystica, quer seja cirurgica, quer expontanea pela fractura.

Somente nos casos de cura expontanea permanece a duvida do diagnostico, — trata-se com absoluta certeza de um caso de kysto solitario? — O problema diagnostico dos kystos osseos suscita uma serie de questões que devem ser cuidadosamente examinadas. Na literatura medica não são raros os casos em que o diagnostico clinico e radiologico não foram confirmados pelo exame histo-pathologico e nem sempre um pequeno fragmento extirpado cirurgicamente é sufficiente para esclarecer pelo seu exame microscopico a natureza da lesão. E' devido a esses factos que hoje, attribue-se maior importancia ao exame radiographico, sobretudo se praticado em diferentes epochas da evolução da molestia.

Pode-se diagnosticar pelo exame radiographico um kysto osseo? Sim, na maioria dos casos. Este assumpto tem sido muito estudado por autores de varios paizes e a conclusão geral é de que salvo em casos muito raros, talvez no inicio da sua evolução pode permanecer alguma duvida, mas se se trata de um periodo de desenvolvimento mais adeantado do processo, a imagem adiographica é das mais caracteristicas. Os nossos conhecimentos sobre esta afecção, nós os devemos principalmente aos Raios X. E' preciso consignar-se, no entanto, que em medicina nunca se deve basear o diagnostico no resultado de um unico exame, ou na presença de um unico symptoma, embora muitas vezes tido como pathognomonic.

Os kystos osseos solitarios, são formações cavitarias que se observam, com mais frequencia na metaphyse dos ossos longos, com maior predilecção para as metaphyses superiores do humerus e do femur. Observa-se geralmente no 1.º e 2.º decenios, sendo mais raras na 1.ª infancia e depois dos 30 annos. Clinicamente é quasi sempre silencioso, ás vezes chama a attenção pelo augmento visivel do osso onde se localisa, quando se trata de zonas muito superficiaes do esqueleto. O facto mais frequente é a fractura expontanea que revela a presença de um kysto osseo.

A dor não é phenomeno constante e quando existe, nada tem de caracteristica, embora seja de certa utilidade, numa molestia que commumente evolue sem symptomatologia.

Os caracteristicos radiologicos dos kystos osseos, além dos que são assignalados na observação que illustra este trabalho, merecem algumas considerações, principalmente no tocante ao diagnostico differencial. A imagem radiographica dos tumores osseos giganto-cellulares se distingue dos kystos porque naquelles, a separação entre o tumor e o osso são, é brusca, os limites

são pois mais nitidos além disso ha reacção periostal com nova formação ossea enquanto isto não é observado nos kystos, ainda mais, o augmento do volume do osso é em geral muito maior nos tumores gigante cellulares onde chega a determinar verdadeiro abaulamento do osso.

Radiologicamente não se pode distinguir os kystos osseos dos fibromas, myxomas e chondromas centraes.

Quanto á forma kystica da tuberculose ossea, ella pode apresentar um aspecto identico ao do kysto osseo, sómente a sua localização preferencial é nas phalanges e quasi sempre são multiplas as formações cavitarias.

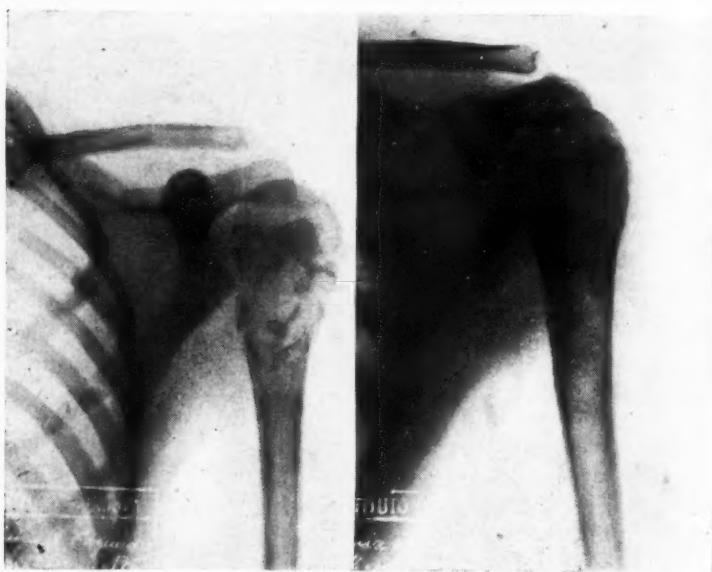
As vezes e isto é muito importante, os tumores metastaticos podem apresentar imagens muito semelhantes aos kystos, nelles porem nota-se a interrupção brusca da cortical e a idade em que elles apparecem é sempre mais avançada.

Finalmente os chamados abcessos de Brodie, pela sua localização metaphysaria que se assemelha á do Kysto, distingue-se, no entanto, deste, pela zona de espessamento limitando o abcesso e geralmente por uma nitida reacção periostal na zona correspondente ao foco.

Os signaes radiographicos proprios aos kystos osseos, nós os assignalaremos descrevendo as radiographias do nosso doente, na observação que se segue:

A' 21 de setembro de 1931, fui chamado para socorrer o menor A. A. F. com 11 annos de idade, que patinando pouco tempo antes, perdera o equilibrio e ao cahir de costas, firmou-se com ambas as mãos no solo, sendo que nessa occasião sentiu dor ao nivel da espadua esquerda e immediata impotencia funcional no membro correspondente. O exame revelou um discreto augmento de volume da região deltoideana, sem deformidade apreciavel e á palpação, dor intensa e localizada na altura do collo cirurgico do humerus: havia impossibilidade de mover o braço, que era mantido pela mão direita do paciente. O comprimento do membro era igual ao do lado são. Ante este quadro, foi feito o diagnostico da fractura do collo cirurgico do humerus, sem desvio. O exame radiographico, feito nessa occasião revelou de fato a presença de uma fractura, mas pathologica, que se assestava em plena zona cavitaria existente na metaphyse humeral. Ante essa surpresa, indagamos dos paes do menino, si algum facto por insignificante que fosse, ou dor ou qualquer diminuição funcional do braço esquerdo tinha sido anteriormente notado e a resposta foi absolutamente negativa; acceitamos sem reserva esta informação, pois sabiamos que os paes, pessoas de fino trato criam seus filhos com meticoloso carinho. A evolução portanto desta lesão, se deu indiscutivelmente de uma maneira silenciosa. Trata-se de um menor, que é o 1.º filho de um casal sadio. Tem mais um irmão, com 8 annos de idade, que apezar de magro, goza boa saude; tivemos occasião de examinal-o também e encontramos a presença de uma exostose da região metaphysaria superior do humerus direito, confirmada por uma radiographia tirada nessa occasião. O novo doentinho era de apparencia sadia, paniculo, adiposo regularmente desenvolvido, mucosas bem coloridas e de desenvolvimento physico normal. Os antecedentes familiares e pessoas carecem de importancia. A reacção de Wassermann feita alguns dias após a fractu-





Radiographia 1 em 21-9-1931

Radiographia 2 em 16-1-1934

ra, foi negativa e da mesma maneira o exame de urina nada revelou de anormal. O tratamento feito, foi a imobilização por meio de um aparelho gessado, incluindo o thorax e mantendo o braço em ligeira abdução, cotovello em flexão de angulo recto e mão em meia posição. Esta imobilização foi prolongada por 3 mezes e durante esse periodo foram tiradas radiographias, afim de se acompanhar a perfeita evolução do caso.

1.<sup>a</sup> radiographia, á 21-9-1931. — Foram tiradas nesta data, 2 radiographias, de ambas a espaduas e do lado direito que é o são e a do lado esquerdo, que assim se apresenta. — Humerus, nucleo epiphysario normal — linha de cartilagem conjugal, de trajecto identico ao lado são, somente, ligeiramente mais larga. — Metaphyse, logo abaixo da cartilagem conjugal e se estendendo numa extensão de uns 5 cms., invadindo por conseguinte, a diaphyse, uma zona de grande transparencia, cujos limites lateraes são constituídos pelas paredes do osso, que se apresentam muitissimo delgadas; o limite superior é dado pela linha conjugal e o inferior, é de transparencia que vae diminuindo aos poucos até apresentar o aspecto curve-lineo de concavidade superior. Mais ou menos na união dos 2/3 superiores com o 1/3 inferior, vê-se claramente uma solução de continuidade que se percebe tanto no bordo interno como no externo da zona cavitaria do osso. O aspecto da cavidade não é homoganeo, existem algumas trabeculas delgadas que parecem dividil-a em lojas de diferentes tamanhos dando a esta formação o aspecto polycystico. O osso nesta zona não parece muito augmentado de volume, comparando-se porém com o do lado opposto nota-se, que esse augmento é apreciavel. Abaixo desta zona que como dissemos tem limites mais ou menos nitidos, a diaphase humeral se apresenta com o seu aspecto normal. Não existem apposições perios-ticas.

2.<sup>a</sup> Radiographia. — 26-11-1931. — Foram praticadas no aparelho gessado, duas janellas, uma na face anterior e outra na posterior, que se correspondiam, para maior clareza da imagem radiologica. Nota-se consideravel diminuição da zona cavitaria, que já não apresenta a transparencia observada na 1.<sup>a</sup> radiographia, espessamento da cortical, desaparecimento da solução de continuidade.

3.<sup>a</sup> Radiographia. — 11-1-1932. — Tirada 3 1/2 meses após o inicio do tratamento e 12 dias após a retirada do gesso. — Aspecto cavitario polycystico ainda visivel, com tendencia a se centralisar; cortical em quasi toda a extensão, já bem espessada. Já se notam aqui e alli a reconstrução de trabeculação da substancia esponjosa, principalmente na radiographia de perfil.

4.<sup>a</sup> Radiographia. — 16-1-1934. — Presença de uma zona central alongada, de maior transparencia, que occupa a parte superior da diaphyse humeral circundada por tecido osseo de aspecto normal.

5.<sup>a</sup> Radiographia. — 26-10-1934. — Cinco annos após o inicio do tratamento. Aspecto normal da zona metaphysaria. A' uns 5 cms. da linha conjugal nota-se a presença de uma zona central da diaphyse, de forma irregularmente arredondada, de maior condensação de que o osso adjacente e de aspecto irregular.

O doente A. A. F. que tem actualmente 16 annos, é um rapaz robusto de optimo aspecto, faz esportes e não apresenta defficiencia alguma em seu braço esquerdo, que é de forma e aspecto normaes.

Endereço: Rua Libero Badaró, 488.

AFFECCÕES  
INTESTINAES  
COLIBACILLOSES  
DERMATOSES

# ULTRA LEVURE

## Boulard

Empolas (por via oral) de saccharomycios vivos

"ULTRA LEVURE" é medicação  
completamente nova :

*o modificador physiologico da flora intestinal*

**LABORATORIOS PRIMÁ**  
Suces. de R. AUBERTEL & CIA. LTDA.

- Agentes Exclusivos -

**CAIXA 1344**  
RIO DE JANEIRO

# Entero- Vioformio "Ciba"

Iodo-chloro-oxychinoleina

**Chimiotherapia eficaz**  
de todas as affecções intestinaes  
infecciosas e parasitarias

**Toxicidade reduzidissima**  
para o organismo

**Tratamento especifico da**  
**Dysenteria amebiana**  
e suas sequelas

**Prophylactico Curativo**



Rio de Janeiro  
Caixa postal 3437

São Paulo  
Caixa postal 3678



## Pathologia e tratamento cirurgico das affecções articulares (\*)

**Dr. Edgard Pinto de Souza**

*Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo*

Constitue este um dos capitulos mais extensos e mais interessantes da pathologia; sem entrar em grandes detalhes, vamos sómente dar uma ideia geral sobre o assumpto e oriental-o para um estudo posterior mais aprofundado.

*Generalidades:* — Caracterizam-se as articulações por uma receptividade especial ás infecções que nos obriga á mais rigorosa asepsia, a operar puramente com instrumentos e a ter o maior respeito possível pelos tecidos. Ao lado da fraca resistencia que a membrana synovial possui para os germens, a maior disposição para as infecções é explicada no facto de que, a cavidade articular — em opposição com o que ocorre por ex. com a cavidade abdominal — não tem tendencia frente ás infecções, de enkistar-se. Assim ocorre que os germens inoculados em um ponto limitado da cavidade articular, invadem logo toda a articulação, sendo esta invasão especialmente favorecida pelos movimentos da mesma, que rompem as adherencias que por acaso existam, e diffundem o conteudo da articulação por todas as partes.

E' dahi que partiu o conceito de que, após as intervenções operatorias ou no tratamento dos estados pathologicos, em especial das affecções infecciosas, deve-se praticar a immobilização completa e prolongada da articulação. No entretanto, esta traz consigo graves inconvenientes, pois é sabido que a immobilização é inimiga mortal da mobilidade articular, provocando: retracção e adherencias capsulares, desinvolvimento de tecido conjunctivo no interior da articulação e na capsula articular, dissociação da cartilagem, fusão ossea dos extremos articulares, atrophia dos musculos e perda da capacidade de deslizamento dos tendões com suas consequencias. As articulações são tão vulneraveis que já

(\*) Trabalho do Departamento de Technica Cirurgica e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. — Director: E. Vasconcellos.

toda intervenção que as abra, ainda que seja aseptica, representa neste sentido uma certo perigo.

Assim sendo, após toda operação articular, nos encontramos em uma situação discordante: em consideração ao curso normal da cura da ferida parece necessaria uma prolongada e completa immobilização; considerando a capacidade funcçional, parece necessario restabelecer precocemente os movimentos. Frente a esta contradicção aconselha KIRSCHNER, a se proceder na pratica, da seguinte maneira: após uma operação articular aseptica deixar a articulação immobilizada durante um semana, e quando a cicatrização tiver se verificado normalmente, iniciar a mobilização. Nas affecções articulares infecciosas, enquanto existem manifestações inflammatorias agudas, a immobilidade completa é imprescindivel. Uma vez diminuida porém a inflamação, deve-se iniciar com cuidado ligeiros movimentos, voltando novamente a immobilização caso se verifique uma exacerbação dos phenomenos inflammatorios; na ausencia de inflamação vae-se intensificando os movimentos.

E' habito estudar as molestias articulares como molestias de órgãos, o órgão articular joelho, o órgão articular coxo-femoral etc... na realidade porém, estas afecções nada mais são, nos seus mecanismos elementares, que enfermidades de tecido. Devido a esta má interpretação da questão, tudo, fóra da clinica, nos é obscuro, nas molestias das articulações. As coisas porém mudam, se encararmos cada lesão articular como a consequencia de uma affecção de tecido, que evolue então segundo as leis da vida deste tecido, tanto no periodo activo de molestia como no de reparação. Assim sendo, antes de entrarmos no estudo das affecções articulares propriamente dictas, precisamos ter um conhecimento mais ou menos preciso, sobre a constituição intima das articulações e sobre sua histophysiologia; taes conhecimentos obtem-se estudando a =

*Physiologia geral das articulações no estado normal e pathologico:* — Uma articulação é um arranjo de tecido conjunctivo em diversos estados metamorphicos: entram na sua constituição: ossos, cartilagem, synovial, ligamentos, etc...

Um estudo muito bem feito sobre o assumpto que agora nos preoccupa, encontra-se na conhecida monographia da POLICARD sobre a physiologia articular, que servirá de base á nossa exposição. Estudaremos em suas grandes linhas, os seguintes capitulos:

I) A cartilagem articular.

II) Os apparatus fibro-cartilaginosos annexados ás superficies articulares, isto é os bordeletes marginaes e os meniscos inter-articulares.

III) A membrana synovial, revestimento interno da cavidade articular.

IV) A cavidade articular e a synovia ou liquido synovial.

V) Os dispositivos fibrosos da articulação, isto é a capsula e os ligamentos.

VI) A innervação da articulação.

VII) O tecido conjunctivo peri-articular.

I) A *cartilagem articular*: — Também conhecida por cartilagem de revestimento é ella constituida por uma camada de cartilagem hyalina que reveste ou melhor repousa sobre o osso esponjoso da cabeça epiphysaria. Sua funcção essencial reside na capacidade de defender as extremidades osseas das pressões sobre ellas exercidas. Uma pressão, mesmo quando longa e consideravel, exercida sobre um osso por intermedio da cartilagem de revestimento, não tem nenhum effeito de reabsorpção sobre o mesmo. A mesma pressão, exercida sobre uma superficie ossea recoberta somente por periosteo, provoca a reabsorpção do osso. A cartilagem age pois neutralizando a pressão, impedindo assim sua acção nociva sobre o osso. Sob a acção da pressão, ella soffre um achatamento; volta porém á sua forma primitiva desde que desapareça a pressão. Ella é pois elastica. Tal elasticidade foi muito bem estudada por BÄR, que idealizou um aparelho — o elastometro — com o qual media o grão de elasticidade. A superficie externa da cartilagem não é porém como se imagina rigorosamente polida; ella se apresenta histologicamente eriçada por pequenas elevações de cellulas ou fragmentos de fibras. No individuo vivo porém a superficie articular é quente e impregnada de synovia, o que faz desaparecer as irregularidades de superficie. Com os movimentos articulares não se constata nenhum attricto, ou são as fricções tão attenuadas pelo liquido synovial, que passam despercebidas.

A uma certa distancia do bordo da cartilagem — o qual é em geral mal delimitado — verifica-se a junção da synovial com o periosteo. Esta união faz-se de um modo muito simples: os feixes collagenos da synovial se superpõem aos feixes collagenos, muito mais poderosos e densos, do periosteo. Ao nivel desta junção da synovial e do periosteo, encontra-se um dispositivo vascular particular, o circulo vascular articular de HUNTER. E' elle constituido por um estreito annel vascular que encontra-se abaixo da membrana synovial e envolve a circunferencia da cartilagem articular. Adiante do circulo vascular arterial, em direcção á cartilagem, não existem mais vasos sanguineos.

O conjuncto fibroso constituido pela fusão da synovial com o periosteo, se expande na cartilagem articular. Os trajectos fi-

brosos os mais superficiaes recobrem a cartilagem em uma certa extensão antes de se perder na sua estrutura. Esta especie de véo fibroso, que recobre a cartilagem, constitue a zona marginal de HAGENTORN.

A cartilagem encerra dispositivos fibrillares collagenos complexos, adaptados ás suas funcções de resistencia mechanica ás pressões, os quaes foram muito bem estudados por BENNINGHOFF; seu estudo detalhado não nos interessa porém no momento. Mais util seria talvez o conhecimento dos mecanismos nutritivos da cartilagem: a cartilagem articular não apresenta nem vasos sanguineos nem vasos lymphaticos; como se realiza pois sua nutrição? De uma maneira geral, 3 são as vias possiveis por onde ella pôde se realizar:

- 1) por intermedio dos vasos do osso epiphysario sub ou supra-jacente.
- 2) por intermedio dos vasos do circulo vascular articular de HUNTER.
- 3) por intermedio dos vasos synoviales e do liquido synovial.

Em summa, o oxygenio e as substancias nutritivas, lhe vem dos vasos da synovial e do osso. Ella se nutre por embibição, e muito, atravez o liquido plasmatico da cavidade ou seja o liquido synovial.

Esta ausencia de vascularização a torna pouco fragil pathologicamente. Devido a isto, não existe molestia cartilaginosa primitiva, exceptuando os casos de traumatismos. A cartilagem é passiva. Ella só pôde ser alterada por perturbações da nutrição. Ella se fissura, gasta-se, ulcera-se, apresenta por vezes pequenas proliferações cartilaginosas. Por este mesmo motivo ella não se repara. Ella não é somente um tampão elastico, indispensavel ao bom funcionamento do esqueleto. Ella serve tambem para manter o que podemos chamar, a vida articular, a integridade deste espaço, condicção dos movimentos, em summa o jogo articular. Um dos fictos da therapeutica nas molestias articulares, é pois manter a integridade cartilaginosa. Se esta é destruida, ella não se repara mais, mesmo em meio aseptico.

II) *Apparelhos fibro-cartilaginosos annexos das superficies articulares*: — diz respeito aos bordeletes marginaes e aos meniscos.

1) *Bordeletes marginaes*: — A disposição dos bordeletes marginaes varia com as diversas articulações. O conhecimento anatomico de cada um delles em particular já é sobejamente conhecido, razão pela qual não insistiremos sobre elle. Qualquer que seja porém a forma anatomica dos bordeletes margi-



naes, quer se trate do bordelete glenoideu, do cotyloideu, ou de qualquer outro, a estrutura é sempre a mesma. Elles são sempre constituídos de tecido fibroso muito denso, um verdadeiro tecido tendinoso, feito de fibras semelhantes ás fibras dos tendões e dando como elles, gelatina á cocção. Na sua porção externa apresentam elles, vasos sanguineos e nervos. A presença de vasos sanguineos condicciona um comportamento pathologico especial destes bordeletes, differente do da cartilagem. Em particular, as reacções inflammatorias pôdem desenvolver-se em seu nivel. Isto é importante sob o ponto de vista medico. Os bordeletes são pois constituídos de tecido fibroso ou fibro-cartilaginoso com predominancia fibrosa. Elles differem muito das cartilagens articulares.

2) *Meniscos*: — São fibro-cartilagens interpostas entre as superficies articulares de certas articulações. E' do conhecimento geral de cada um, que sua forma varia: a) discos inteiros, separando completamente as superficies articulares (meniscos biconcavos da articulação temporo-maxillar); b) discos perfurados no seu centro; c) semi-luas ou crescentes (joelho). Sua função é estabelecer a concordancia de superficies articulares que não são congruentes e intervir como tampões nas transmissões da pressão no esqueleto. Sob o ponto de vista histophysiologico, existe uma analogia muito grande entre os meniscos e os bordeletes marginaes, razão pela qual é habito descrever os meniscos como fibro-cartilagens inter-articulares e os bordeletes como fibro-cartilagens peri-articulares. Como os bordeletes, elles são também vascularizados, nisto se diferenciando das cartilagens de revestimento. Sendo vascularizados, estão sujeitos á processos inflammatorios. Devido á sua localização entre as 2 extremidades osseas, pôdem elles soffrer pinçamentos mais ou menos intensos que pôdem mesmo occasionar uma ruptura meniscal.

III) *A synovial* — é a membrana que reveste interiormente a cavidade de uma articulação, n'aquelles pontos naturalmente onde não existe cartilagem de revestimento.

*Estructura da synovial*: — O exame attento, a olho nú ou com auxilio de lente, do revestimento interno da cavidade de uma grande articulação, permite constatar a grande variabilidade de aspecto deste revestimento. Em grande parte de sua extensão, a superficie synovial é lisa e brilhante. Em outros pontos ella é como que enrugada e aspera ao toque. Mais adiante ella parece como que feita de gordura. Esta variabilidade de aspecto se explica muito facilmente com o estudo microscopico.

A synovial é essencialmente um revestimento conjunctivo no qual a textura pôde variar muito, segundo que haja predominan-

cia: de fibras conjunctivas, cellulas, ou elementos adiposos. Não se pôde descrever uma synovial, mas aspectos da synovial.

Comtudo, consegue-se facilmente distinguir nesta membrana 2 partes. Uma é a camada superficial: é a mais variavel; ella pôde ser: ou extremamente fibrosa, pobre em cellulas, de aspecto chondroide algumas vezes; ou bem rica em cellulas, com dispositivos reticulados. A outra parte da synovial está situada abaixo da precedente; ella é mais uniforme, formada de tecido conjunctivo frouxo mais ou menos abundante, mais ou menos rica em cellulas, ou em elementos adiposos. Segundo a textura da synovial, distingue-se um typo fibroso, um typo areolar, um typo adiposo (KEY) ou então, um typo pobre em cellulas, um typo rico em cellulas, um typo adiposo (HAMMAR). No fundo porém nenhuma classificação se impõe, em virtude mesmo da variabilidade estructural. O typo morphologico da synovial será definido sobretudo pelo character da camada superficial. O typo predominante em todas as articulações, o mais extenso em superficie, é o typo fibroso. Vêm em seguida, o typo adiposo e o rico em cellulas.

Como toda estrutura conjunctiva, a synovial nos apresenta a estudo: 1) as cellulas, 2) a substancia intercellular com as fibras de diversas especies, 3) os vasos sanguineos e lymphaticos. Cada um destes elementos de estrutura, merece um exame particular, detalhado, mas para não nos alongarmos muito, os passaremos muito rapidamente em revista.

1) *Elementos cellulares da synovial* — são cellulas conjunctivas; como taes offerecem uma grande variabilidade de aspectos. Distinguimos: a) *cellulas do typo fibroblasto*: encontram-se na synovial de typo fibroso pobre em cellulas. Os elementos são achatados, pouco volumosos, de aspecto pouco ativo. Do corpo cellular partem prolongamentos curtos e ramificados.

b) *Cellulas do typo histiocytaire* — são encontradas nas synovias do typo areolar ou rico em cellulas. Os elementos são volumosos, approximados uns dos outros. Estas cellulas mostram signaes de uma grande actividade funcçional; assemelham-se em tudo aos histiocyts do systema R. E. (Desde ASCHOFF, conhece-se o conjuncto destes elementos conjunctivos: histiocyts do sangue e dos tecidos, cellulas do reticulo do baço, dos ganglios lymphaticos, cellulas endotheliaes, cellulas de KUPFER do figado — como formando um systema commum, o S. R. E. ou systema reticulo-histiocytaire, anatomicamente diffuso, sem limites precisos, mas offerecendo no conjuncto, as mesmas caracteristicas physiologicas: phagocytose, fixação, secreções multiplas, etc...). Pois bem, estas cellulas synovias histocytarias, representam o "territorio articular do S. R. E.". São cellulas grandes, de cytoplasma claro e basophilo. Como as cellulas do S. R. E., ellas têm propriedades fixadoras e phagocytarias muito caracteristicas.

c) *Outras cellulas da synovial*: — lymphocytos, eosinophilos e algumas vezes polynucleares neutrophilos. No estado normal acham-se em infima minoria em relação ás outras cellulas. Augmentam nos estados inflammatorios.

2) *Estroma intercellular da synovial* — entre as cellulas se estende uma substancia intercellular, o estroma; comporta este, as seguintes partes:

a) *fibras collagenas* — são fibras do typo conjunctivo; na synovial do typo pobre em cellulas, ellas são abundantes, assemelhando-se então a synovial á uma aponevrose ou a um tendão. Na synovial do typo areolar, ellas são muito menos abundantes; ellas formam especies de areolas, nas quaes se encontra tecido conjunctivo mais rico em cellulas e em vasos.

b) *fibras elasticas* — são relativamente excassas.

c) *fibras reticuladas* — sua significação é ainda mal conhecida.

3) *Circulação sanguinea e lymphatica da synovial*: — A synovial é rica em vasos sanguineos e em lymphaticos. A riqueza desta circulação varia com os differentes typos de synovial, ella é tanto mais rica quanto maior fôr o numero de cellulas da synovial.

Encarando-se agora a synovial sob o ponto de vista physio-pathologico, faremos as seguintes observações: a synovial não é como antigamente se admittia, uma serosa, porquanto ella não tem revestimento endothelial. Ella nada mais é que uma adaptação conjunctiva aos movimentos. A camada externa vascular é a zona de invasão dos processos pathologicos. A camada interna, não vascular, que normalmente contribue com a cartilagem á manutenção da vida articular, é a camada de defeza da articulação, é intransponivel aos agentes pathogenicos pelo menos nas primeiras 18 ou 24 horas que se seguem ao estabelecimento do processo morbido. Após os traumatismos fechados, quando a camada externa acha-se simplesmente em estado de hyperemia funcional, esta camada interna se deixa atravessar pelo edema, originando-se assim uma collecção liquida no interior da cavidade articular ou seja uma hydrarthrose. Se existe ferimento da synovial, é na camada externa, que se verificam as hemorragias intersticiaes e as infiltrações leucocytarias. A zona interna forma uma barreira que impede durante as primeiras 18 ou 24 horas, a invasão da cavidade articular pelos leucocytos. Mais tarde porém, esta barreira é vencida; a membrana fibrosa interna é dissociada, e a cavidade articular invadida pelos leucocytos. Na historia da lesão, este phenomeno é capital. Com effeito, a membrana interna, antes de ser dissociada e de permittir as passagens

diapedeticas, torna-se permeavel aos liquidos de edema; ora na camada sub-synovial, um dos primeiros phenomenos que se segue á congestão post-traumatica é um edema muito abundante; uma parte consideravel deste liquido passa á articulação. Existe clinicamente, reacção articular. Este derrame é chimicamente constituido no inicio, por substancias proteicas do plasma, portanto apresenta propriedades antiproteolyticas e microbicidas, constituindo um mão meio de cultura.

Mais tarde, com a chegada dos leucocyts, que então já transpuzeram a barreira constituida pela camada interna da synovial, verifica-se no derrame articular, um processo de proteolyse, tornando-se então o meio cada vez mais apto á cultura de germens. Os leucocyts que ahi affluem, se transformam em pús. Assistimos clinicamente, ao desenvolvimento de uma arthrite.

Estas noções explicam que, cirurgicamente, consegue-se obter excellentes resultados clinicos no tratamento das feridas articulares por excisão precoce e extensa dos tecidos peri-articulares, base do tratamento moderno das arthrites agudas, como veremos adiante. E' evidente biologicamente, que atacando-se precocemente o tecido sub-synovial, pôde-se prevenir o apparecimento de uma arthrite.

Em summa, é necessario que se saiba que é do tecido sub-synovial que parte a infecção e é elle que faz o prognostico funcional: de facto a camada sub-synovial, é a zona das hemorrahias, das infiltrações inflammatorias, dos edemas; si o estado infeccioso não teve tempo de produzir lesões anatomicas irremediaveis, isto é, necroses tissulares, que só se pôdem reparar por um blóco conjunctivo, tudo volta á normalidade com conservação da mobilidade. No caso inverso, verifica-se um espessamento e um endurecimento dos tecidos; o jogo articular altera-se, podendo mesmo se destruir completamente, si bem que, pelo menos neste estado precoce, os espaços intra-articulares possam parecer absolutamente livres.

IV) *O liquido synovial*: — A synovia é a substancia liquida que banha o interior da cavidade articular. Tal termo criado por PARACELSO, é derivado do grego e quer dizer: que se assemelha a clara de ovo. Contra riamente ao que se pensa geralmente, ella se encontra em pequena quantidade nas articulações; de facto em uma articulação normal do joelho por ex., seu volume é infimo. Trata-se mais de uma serosidade que humedece as superficies articulares, do que de um liquido que se collecta. Em um individuo vivo o maximo que se poderá retirar por punção de uma grande articulação, é 1 a 3 c. c. (PESCATORI). Pôde-se mesmo dizer que, quando uma punção, sobre o vivo ou sobre o cadaver, retira mais de 1 c. c. de liquido, se está em face de um derrame articular. A synovia é um liquido rico em agua (94 %), encer-

rando albumina (45 %) representada principalmente por mucina, e saes (2 %). E' alcalina, com um pH mais ou menos entre 7,3 — 7,6; este varia nas condições de inflamação ou de infecção, onde então torna-se acido. Esta questão da alteração do liquido synovial tem motivado muitos estudos e muita discussão; segundo PESCATORI, na gotta e nas manifestações arthriticas, a precipitação dos uratos e do acido urico é devida á diminuição da alcalinidade da synovia.

O liquido synovial apresenta uma consistencia viscosa devido a presença de uma substancia mucoide, producto seja da degenerescencia mucoide das cellulas synoviales, seja da liquefacção da substancia fundamental cartilaginosa ou então das duas ao mesmo tempo.

Alem dos elementos já vistos apresenta ainda a synovia fermentos que lhe são proprios, isto é uma lipase e uma protease capaz de dissolver totalmente as cellulas que ella encerra, agindo assim como um agente de limpeza da cavidade articular. Finalmente como ultimos elementos encontrados no liquido intra-articular, estão as cellulas.

A cytologia da synovia tem sido muito bem estudada admitindo mesmo muitos, que seja um tecido vivo e não um simples liquido; de uma maneira geral podemos dizer, que o humor synovial é pouco rico em cellulas e muito variavel sob este ponto de vista. Pôde-se admittir que normalmente existem 75 a 250 ou 300 cellulas por mm<sup>3</sup>. Os elementos cellulares são em geral mononucleares; os polynucleares são pouco abundantes. Encontramos ainda elementos figurados não cellulares.

Nas infecções agudas e nos derrames inflammatorios ha uma alteração mais ou menos pronunciada do conteudo cellular: o numero de polynucleares, principalmente neutrophilos, eleva-se consideravelmente, em detrimento dos mononucleares que se escasseiam.

No que diz respeito á origem da synovia, as opiniões se dividem em 3 campos:

1) A synovia resulta de uma transudação da agua do sangue atravez das paredes dos capillares da synovial. Ella é um transudato puro (BICHAT, BECLARD, TODD, DRECHSEL, FREMONT-SMITH e *Dailey*).

2) A synovia resulta de uma secreção. A membrana synovial é glandular e é ella que secreta o liquido synovial.

3) A synovia representa o resultado da usura do revestimento interno da articulação. Constitue a lama ou o smegma articularis de SOEMMERING, entrando em sua constituição, detritos de cellulas e substancias conjunctiva e cartilaginosa.

Destas 3 opiniões as mais acceitas são a primeira e a ultima; a theoria de que a synovia resulta de uma secreção, parece ter ca-

hido completamente, pois até hoje ainda não se conseguiu evidenciar a presença de formações ou tecidos de natureza glandular na synovial.

Finalmente para terminar esta questão do liquido synovial, só nos falta dizer algumas palavras sobre as *funções da synovia*: a função essencial sinão unica é a de lubrificação da articulação, ella é comparada ao oleo que se põe em uma articulação de machina; nestes ultimos tempos, atribue-se-lhe tambm o papel de agente nutritivo da cartilagem de revestimento.

Ainda fallando de liquido intra-articular, seria opportuno lembrarmos aqui, *quaes os destinos dos derrames que se verificam em uma synovial*: o liquido citrino de hydrarthrose, transudato inflammatorio, mas não secreção, absorve-se lentamente. A camada interna da synovial porém, não absorve quasi que nada. A hydrarthrose é pois essencialmente um processo chronico. Se esvaziamos a synovial por punção, ha refacção rapida de liquido, desde que persista a hyperemia da synovial. A quantidade de liquido é pois regulada unica e exclusivamente por um phenomeno osmotico.

O sangue que provem de uma lesão da synovial ou do osso, coagula-se primitivamente. Os coagulos accumulam-se nos fundos sacco. Logo em seguida, o liquido de transudação lisa o coagulo e este derrame secundario é incoagulavel. A reabsorção é extremamente lenta. Os fundos de sacco articulares ficam durante muito tempo cheios de massas fibrinosas, que pôdem algumas vezes, se existe lesão da synovial, organizar-se conjunctivamente e dar nascimento, seja a septações intra-articulares, seja, mais raramente, a anquiloses verdadeiras, se ha hyperemia do osso.

O pús em uma synovial não se reabsorve. Felizmente porém, grande numero de derrames puriformes são asepticos.

V) *Dispositivos fibrosos da articulação: capsula e ligamentos*: As extremidades osseas são ligadas umas ás outras, por um systema, anatomicamente constituido por 2 dispositivos, a capsula de um lado, os ligamentos d'outro lado, ambos histologicamente constituidos de um mesmo tecido, o tecido fibroso. Seria util dizermos alguma cousa sobre as *propriedades physicas dos ligamentos*: a propriedade dominante do ligamento articular, é a solidez; esta acha-se ligada á sua resistencia a tracção. A resistencia ligamentar é muito maior do que na realidade se pensa. Para a avaliarmos, é preciso encerrar as pressões que agem actuando no sentido do eixo dos ligamentos, e aquellas que agem por torção. A resistencia ás tracções axiaes é, para os ligamentos do joelho do homem, de 58,8 kilos para uma secção de 9 mms<sup>2</sup>, ou seja 6,4 kgs. por mm<sup>2</sup>. E' porém a resistencia á torção que interessa particularmente ao



cirurgião, porquanto ella intervem muito especialmente, nos entorses e nas luxações. Esta resistencia varia naturalmente, segundo os ligamentos e segundo o sentido da torsão: a ruptura do apparelho fibroso da articulação do hombro produz-se entre 136 e 493 kilos, verificando-se com mais facilidades nas torsões para dentro que nas torsões para fóra. Para o cotovello seria necessario 238 kgs.; para o punho 153 kgs. Na coxo-femoral, são necessarias forças elevadas, de 408 a 1.343 em media 850 kgs.; produzindo-se a ruptura mais facilmente na rotação externa que na interna.

O joelho exige 630 a 1.000 kgs. em media 750. A ruptura dos ligamentos articulares do joelho são bastante frequentes. Na tibiotarsica a ruptura do systema fibroso capsulo-ligamentar sob uma pressão de torsão de 170 a 680 kgs., em media 450.

Alem desta propriedade de solidez, apresentam ainda os ligamentos as de elasticidade e de flexibilidade, propriedades essenciaes aos movimentos articulares.

Encarando-se-os agora sobre o ponto de vista da *pathologia*, diremos que os ligamentos nada mais são que elementos de tensão em um estado mais ou menos tonico. Pouco vascularizados e pouco influenciaveis pelas condições circulatorias devido á sua estrutura, elles não gozam aparentemente um grande papel pathologico. Sua tonicidade até certo ponto, parece ser regida pelas para-thyroides. De facto, a hypo-parathyroidia acompanha-se commumente de hypotonia ligamentar. Uma vez rompidos, elles retraem-se e reparam-se mal: uma ruptura ligamentar exige physiologicamente uma sutura. Si por um lado os ligamentos são bastante inertes, elles tomam porém uma importancia consideravel por apresentarem importantes formações nervosas. Segundo SAPPEY elles são tão innervados quanto a pelle. Esta riqueza em terminações sensitivas das zonas articulares é explicada na complexidade dos mecanismos postos em jogo pelos movimentos articulares, por menores que sejam. O menor deslocamento exige uma serie de adaptações automaticas para coordenar: flexão, extensão, força de prehenção, inclinação, relaxamento dos antagonistas.

Passados por muito tempo desapercibidos nos processos pathologicos, vemos porém que na realidade, elles intervêm em quasi todos os processos articulares: nos traumatismos sem fractura, no entorse, são elles que produzem os signaes clinicos da molestia: hyperemia, edema, dôr, perturbações funcçionaes. E' dahi que surgiu o tratamento instituido por LERICHE, de se praticar nestas affecções a novocainização dos ligamentos, que faz cessar as dôres e leva o doente a cura.

Nas arthrites, são elles que põem a articulação na posição de menor tensão ligamentar, que é sempre uma posição clinicamen-



te viciosa. O mesmo se diga para as arthrites chronicas, não inflammatorias, nos rheumatismos chronicos por exemplo. Infiltrando os ligamentos com novocaina, podemos chegar a corrigir estas posições viciosas, na ausencia naturalmente, de obstaculo mechanico.

VI) *Inervação das articulações*: — A tendencia actual é lhe dar um papel capital na determinação das perturbações pathologicas articulares. Assim sendo é necessario ter-se uma ideia mais ou menos precisa sobre os dispositivos nervosos das junctas.

De uma maneira geral podemos dizer que os fillamentos nervosos articulares, terminam, seja em corpusculos sensitivos, seja em feixes de ramificações terminaes, as expansões livres. Reconhece-se por outro lado, 2 typos distinctos de corpusculos, os de VATER-PACINI, ou melhor corpusculos Paciniformes, que apreciam as pressões (entre os quaes distingue-se 3 classes: corpusculos de VATER-PACINI typicos, corpusculos de GOLGI-MAZZONI e corpusculos de KRAUSE) e os de RUFFINI, que apreciam as tracções. A constituição histologica de cada um destes corpusculos no momento não interessa, motivo pelo qual a deixaremos de lado. Util porém é o conhecimento da *repartição desses diversos typos de expansões nervosas nas diferentes porções de uma articulação*, isto é, ligamentos, capsula, synovial, etc. . . .

1) *Ligamentos*: — Como já tivemos occasião de dizer, os ligamentos são muito ricos em nervos, nisto se assemelhando á pelle em seus segmentos grandemente innervados, como a polpa dos dedos e artelhos. Os órgãos de RUFFINI são aqui particularmente abundantes; as terminações nervosas livres são raras. Não existem corpusculos paciniformes.

2) *Capsula*: — E' desprovida de corpusculos de PACINI; encerra órgãos de RUFFINI e numerosas terminações livres.

3) *Synovial*: — Contrariamente á capsula, não encerra órgãos de RUFFINI, mas sim corpusculos de PACINI typo KRAUSE. As terminações livres são igualmente abundantes.

4) *Cartilagem articular*: — Não encerra nem nervos nem corpusculos nervosos; é completamente indolor.

Em resumo, as diferentes partes das articulações encerram órgãos sensitivos numerosos. Uns, os corpusculos paciniformes, cuja função é a apreciação das pressões, estão alojados no tecido peri-articular, na camada sub-synovial e nas camadas externas do periosteo. Os órgãos de RUFFINI, que apreciam as tracções, encontram-se nos ligamentos, na capsula e nas camadas profundas do periosteo. As terminações livres encontram-se em todas as partes: ligamentos, capsula, periosteo e sobretudo synovial.

VII) *Tecido conjunctivo peri-articular*: — Externamente á capsula e ligamentos, encontra-se um conjuncto de tecido conjunctivo frouxo que envolve a articulação em toda sua extensão sob a forma de uma atmosphera ou adventicia. Por ella estabelece-se a comunicação entre a articulação e os órgãos vizinhos; nella corre o systema dos vasos peri-articulares. Sob o ponto de vista pathologico, esta região apparentemente tão banal, offerece uma de processos pathologicos taes como: congestão, edema, degenerescencias, infiltrações diversas.

O envolucro conjunctivo peri-articular é feito de tecido conjunctivo frouxo do typo o mais banal, com fibras mais ou menos numerosas e de uma textura mais ou menos frouxa, apresenta ainda fibras elasticas abundantes e alguns lobulos adiposos. E' um tecido conjunctivo pouco vascularizado no estado normal; elle dá passagem a muitos vasos, estes porém não lhe são destinados. E' ainda rico em nervos e formações nervosas sensitivas.

A seu nivel encontramos órgãos de RUFFINI e terminações livres. Uma congestão ou um edema do tecido conjunctivo que, em qualquer outra região, não provoca nenhuma reacção pathologica apreciavel, dá pelo contrario, no tecido conjunctivo peri-articular reacções muito vivas e extensas. Estas são em primeiro lugar reacções dolorosas extremamente prococes e intensas, devidas naturalmente ás numerosas terminações sensitivas. Em seguida apparecem reacções vaso-motoras, locaes ou de vizinhança, as quaes são capazes de provocar rarefacções osseas, que levam a processos de néoformação ossea juxta-articular, com formação de exostoses, deformações, etc. . . . dahi uma perturbação mais ou menos grave da função articular. As rigidezes articulares são tambem em grande parte devidas, ao comprometimento deste tecido conjunctivo peri-articular. Finalmente, póde ainda este tecido ser a séde de pequenos granulomas; estes têm origem em reacções exsudativas e degenerativas observadas na atmosphera conjunctiva peri-articular, cuja etiologia ainda não é bem conhecida. A presença destas pequenas nodosidades, localizadas em tecido conjunctivo de outra qualquer região, não traria perturbação alguma, no entretanto quando localizados na adventicia da articulação, provocam phenomenos dolorosos e vaso-motores mais ou menos intensos.

Encontra-se assim esboçado o interessantissimo capitulo da histo-physiologia articular, cujo conhecimento é imprescindivel á boa comprehensão da pathologia e do tratamento das affecções articulares em geral. Daremos agora algumas noções sobre as molestias das articulações.

## MOLESTIAS DAS ARTICULAÇÕES — SEU TRATAMENTO

O seguinte quadro synoptico eschematisa as principaes affecções articulares

- 1) Rigidezes articulares congenitas.
- 2) Articulações pendentes congenitas.
- 3) Luxações.
- 4) Entorses.
- 5) Hemarthroses.
- 6) Feridas articulares.
- 7) Arthrites suppuradas não traumaticas.
- 8) Arthrites gonococcicas.
- 9) Arthrites mycosicas.
- 10) Ankiloses e rigidezes articulares.
- 11) Arthrites chronicas de natureza não tuberculosa.
- 12) Arthrites tuberculosas.
- 13) Rheumatismo em suas diversas formas.
- 14) Tumores das articulações.
- 15) Corpos extranhos articulares.
- 16) Arthropathias de origem nervosa.

Como se vê, é enorme o numero de affecções articulares; se nos propuzermos a expor cada uma d'ellas em particular, neste pequeno trabalho, propomos o impossivel. Nos limitaremos portanto, a abordar as normas geraes de tratamento cirurgico das molestias articulares as mais encontradiças nas enfermarias de cirurgia. Iniciaremos nosso estudo com as

1) *Arthrites Agudas*: — As inflammações articulares agudas pôdem desenvolver-se em consequencia de feridas articulares penetrantes (ferimentos de arma de fogo, punção, corpos extranhos, etc.), em consequencia de fracturas e luxações complicadas, por propagação de uma inflammação de proximidade, e por ultimo, por via hematogenica; a este ultimo grupo pertencem os processos articulares consecutivos a infecções geraes.

Os agentes bacterianos causadores da inflammação articular aguda, são os estaphilococcus e os streptococcus muito mais perigosos, menos commumente os gonococcus e os pneumococcus.

Uma das classificações as mais precisas sobre os processos inflammatorios agudos das articulações é a de PAYR-HUET, que distingue:

- 1) *O empyema articular.*
- 2) *O phlegmão capsular.*
- 3) *A osteo-arthritis.*
- 4) *As formas complicadas por diffusão em fuso.*

1) *Empyema articular* — corresponde ás formas puramente synoviaes. E' caracterizado por um derrame purulento intra-sy-

novial, sem comprometimento da camada externa da synovial nem tão pouco dos musculos e dos ligamentos. Sua tendencia é evoluir a estadios mais graves; tratado inicialmente é compativel com uma excellente recuperação funcional.

2) *Phlegmão capsular* — corresponde ás formas graves de infecção. O processo não se encontra mais limitado á cavidade articular: elle invade a camada externa ou seja, o tecido sub-synovial, e a capsula; surge edema, thromboses vasculares, focos inflammatorios, verdadeiros abscessos.

3) *Osteo-arthritis* — pôde ser primitiva ou secundaria:

a) *primitiva* — corresponde aos casos onde a infecção atacando em primeiro lugar o osso, só attinge a articulação secundariamente; é o caso da osteomyelite.

b) *secundaria* — se observa em um estadio relativamente tardio das arthritides suppuradas, que em primeiro lugar puramente articulares, ulceram em seguida as cartilagens e attingem assim o osso desprotegido.

4) *Formas complicadas por diffusão em fuso*: — corresponde aos casos onde a suppuração, não mais se limita á porção intra-capsular, mas sim se diffunde extra-capsularmente, seja por perfurações pathologicas da capsula, seja por dehiscencias naturaes da mesma: pontos fracos devidos seja a um escorregamento tendinoso, seja a um ponto de rarefacção das fibras do manhão fibroso, seja a presença de um orificio de communicação com uma bolsa serosa peri-articular. Os pontos de emergencia variam naturalmente com as differentes articulações: no joelho temos, as bolsas serosas dos musculos popliteo e semi-membranoso, a bolsa sub-quadrípital, etc. Na tibio-tarsica temos, as bainhas synovias das gotteiras retro-malleolares. No hombro, a bainha do longo biceps, etc....

*Tratamento*: — Antes de entrarmos na questão do tratamento propriamente dicto, daremos alguns conhecimentos de ordem geral, indispensaveis á boa comprehensão do mesmo: em primeiro lugar, é preciso lembrar aquellas noções que demos sobre a physio-pathologia da synovial, isto é: que a inoculação articular se acompanha precocemente da producção de um derrame. Que este, nascido na camada externa da synovial, transuda atravez a camada interna. Mas que, pelo menos nas primeiras 18 ou 24 horas, esta camada interna, si bem que deixe passar o liquido, se oppõe á filtração dos leucocyts, de maneira que o derrame precoce é constituído por plasma sanguineo, indemne de leucocyts, rico em albuminas, constituindo um máu meio de cultura, sendo mesmo bactericida. Que porém, passadas as primeiras 24 horas, ha a passagem de leucocyts pela camada interna fibro-chondroide da synovial, que invadem o transudato liquido e atacam, graças

aos seus fermentos, as proteínas do liquido, as transformando em albuminas menos complexas, podendo esta desintegração chegar até ao estado de peptonas. Que então, o derrame não somente perde suas propriedades bactericidas, mas ainda torna-se um optimo meio de cultura, originando-se então pús na cavidade articular. Neste momento, a camada interna não mais constitue uma barreira á passagem dos germens, o pús formado no interior da cavidade articular diffundir-se-ha á camada externa ou seja ao tecido sub-synovial, á capsula, aos tecidos peri-articulares. Entendemos então agora perfeitamente os diferentes estadios das arthrites agudas: empyema, phlegmão capsular, diffusão em fuso...

Outro conhecimento de grande valor, no que diz respeito ao tratamento das arthrites purulentas, muito bem exposto por BASTOS ANSART, é o de que, *nas infecções articulares é mais importante drenar os espaços e recessos peri-articulares que a cavidade articular ella mesma*. Quanto mais violento é o processo, tanto menos se colleciona o pús na cavidade articular e tanto mais se diffunde elle em direcção aos tendões, bainhas synoviales e interstícios musculares que rodeiam a junta e que se acham em relação directa com sua atmosphaera sub-synovial. Dahi affirmar BASTOS ANSART, que quanto mais grave é a arthrite, tanto mais insufficientes se tornam, as incisões de arthrotomia classicas usadas em seu tratamento, e tanto mais necessaria se torna a abertura ampla por incisões atypicas multiplas, de todos os pontos da periarticulação em que se manifestam os symptomas da inflamação.

De posse destes conhecimentos, vejamos agora qual deverá ser nossa conducta em face de um doente que se crê attingido de arthrite suppurada: antes de mais nada, é preciso nos assegurar-mos da natureza da lesão: o exame clinico, a punção exploradora, a radiographia, precisarão se trata-se ou não de uma arthrite suppurada e ainda mais, nos mostra o estado das extremidades osseas articulares.

Se estamos em presença de um traumatismo (ferimento por arma de fogo, lesão externa traumatica etc.) precoce, isto é com menos de 24 horas, praticamos a extirpação cirurgica dos bordos da ferida cutanea e da capsula articular, extraímos os corpos extranhos da ferida, incidimos os retalhos da synoviai contundida e lavamos a cavidade articular com um liquido indifferente (sôro physiologico quente). Em seguida fechamos plano por plano. Evitamos assim quasi que seguramente a infecção da cavidade articular; aliás isto é facil de entender, pois sabemos que pelo menos nas 18 ou 24 primeiras horas, os germens permanecem na superficie da synovial, sem penetrar nas camadas profundas da mesma.

Se nos encontramos em presença da forma dicta de empyema articular, onde o estado geral é bom e a flora microbiãna do derrame parece pouco abundante ou pouco pathogenica, podemos

tentar o tratamento por punção + immobilização gessada. O mecanismo da punção evacuadora é o seguinte: com a punção retiramos um liquido purulento optimo meio de cultura, e permitimos em seguida, a transudação de uma nova provisão de liquido fresco, mau meio de cultura e bactericida. Vae-se em seguida observando o paciente; não piorando seu estado geral, vae-se praticando punções evacuadoras repetidas, a medida que se re-produz o derrame. Havendo peiora, é que houve evolução do processo para o estadio de phlegmão capsular, teremos que agir mais radicalmente. A conducta variará agora de accordo com a articulação attingida:

1.º) *Joelho*: — A cavidade articular do joelho é extremamente reduzida, porquanto o vazio entre as superficies articulares acha-se preenchido pelos meniscos, ligamentos cruzados e pelotão adiposo, que convertem o interior da articulação em uma cavidade virtual, senão tanto, pelo menos fragmentam e septam esta cavidade em varios compartimentos. Dahi se comprehende a difficuldade que existe na drenagem do joelho. Quando esta se faz pelas faces antero-lateraes onde a articulação acha-se na flôr da pelle, ella é sempre insufficiente, porquanto só abre um pequeno espaço, que é logo cheio plasticamente pela massa adiposa. O compartimento posterior fica praticamente separado do anterior pelo tabique dos ligamentos cruzados e portanto não se beneficia em nada da drenagem pela face anterior. Ainda mais, como o individuo está deitado, a bocca de sahida dos exsudatos está collocada em nivel mais elevado que o mesmo. Somente a abertura na face posterior do joelho permite que a drenagem se estabeleça naturalmente, isto é favorecida pela acção da gravidade. Comtudo esta via posterior é raramente utilizavel, pois alem do perigo inherente a toda manobra cirurgica no losango politeo, não proporciona nunca a drenagem total da articulação, mas sim somente a de seu compartimento posterior. Alem do mais, tal drenagem deve ser feita com tubo de borracha, porquanto sem elle, as feridas do losango popliteo, nas vizinhanças de tendões elasticos e feixes vasculo-nervosos, apresentam uma tendencia inevitavel ao fechamento. Por outro lado, nunca é isento de perigo, a collocação de um corpo duro nas vizinhanças da bainha vasculo-nervosa.

A melhor conducta ainda parece ser a de BASTOS ANSART que preconiza as arthrotomias atypicas, ou melhor, incisões de drenagem nos focos periarticulares. No joelho, as incisões serão praticadas: sobre o fundo de sacco sub-quadricipital, sobre os tendões da pata de ganso, sobre a inserção distal do biceps, ao longo dos ligamentos lateraes e de um e outro lado do losango popliteo, sobre as inserções do gêmeo externo e do gêmeo interno. Como é natural, a escolha de uma ou outra destas incisões deve subordinar-se á localização dos phenomenos inflammatorios ou de fluctuação, si esta existe. Em caso de duvida



vale mais fazer uma pequena incisão branca que deixar correr em direcção proximal um fóco suppurativo peri-articular. Deve pensar-se em geral, que a infecção é mais superficial do que parece, e dar menor attenção á articulação do que aos musculos que a rodeiam, pois que é ao longo destes que se produzem as colleções purulentas as mais rebeldes. Nunca se deve ressecar os fragmentos osseos desprendidos por ex. por um projectil na sua passagem pelo joelho; não ha porem inconveniente e é mesmo benefico, extirpar taes fragmentos desde que elles sejam pequenos e venham ter a mão. A extirpação dos grandes fragmentos é porem inutil e prejudicial: retirar um condylo de femur ou uma tuberosidade tibial inteira, pelo facto de estarem desprendidas e mesmo necrosadas, é uma pratica perigosissima e não traz vantagem alguma. Taes ressecções atypicas — contrariamente ao que pensa a grande maioria dos autores — não proporciona maior drenagem, e pelo contrario deixam o joelho inteiramente destruido. Privada de suas superficies de apoio, fica a articulação absolutamente incapacitada para supportar o peso do corpo. Com isto todo o membro, deformado e doloroso, converte-se em uma peça inutil que muitas vezes precisa ser amputada.

2.º) *Coxo-femoral*: — Offerece muito melhores condições que o joelho para o tratamento das arthrites. Apesar de sua grande profundidade e extensão, póde dizer-se que é ella uma articulação simples, cirurgicamente fallando. As superficies que a formam são muito regulares, e delimitam uma cavidade articular unica sem compartimentos.

Factor importante, não existe por assim dizer na coxo-femoral, uma atmospherá conjunctiva que ponha em comunicação o tecido subsynovial de um lado, com as bainhas tendinosas peri-articulares de outro. A synovial na anca, é uma fina membrana de grossura quasi uniforme, sendo formada quasi que unicamente por tecido connectivo sub-synovial.

A via ideal de drenagem é a via posterior de LANGENBECK. Estando o paciente em decubito dorsal, a acção de gravidade favorece em muito a drenagem por incisão posterior. A incisão da capsula é feita parallelamente ás fibras do gluteo e não tende a fechar-se. Supporta alem do mais, tubos de drenagem grossos e rigidos.

Nos casos de traumatismo, por arma de fogo por ex., por maiores que sejam os destroços da cabeça ou do collo do femur não ha motivo para extirpar os fragmentos soltos. O maximo que se fará em taes casos é a suspensão do membro em semi-flexão e abducção, combinada com tracção por fio, caso seja muito grande a tendencia á luxação da cabeça femoral fracturada.



3.º) *Tibio-tarsica*: — A articulação tibio-peroneo-astragaliana, assemelha-se um pouco com a do joelho, no que diz respeito á difficuldade em drenal-a efficaamente. Em geral, unicamente a abertura dos recessos periarticulares é sufficiente para se obter a cura: abrir a bainha do tibial anterior, a dos peroneiros e a dos espaços cellulares situados a direita e a esquerda do tendão de ACHILLES. Em seguida manter uma bõa extensão do pé, mediante fio passado no calcaneo, com o objecto de collocar o pé em bõa actitude e ao mesmo tempo tornar immovel a articulação lesada.

Nas feridas por arma de fogo, onde se verifica grande destruição das extremidades osseas articulares, a maioria dos A. A. aconselha, a extirpação de todos os fragmentos desprendidos, ou então a resecção do astragallo ou seja a astragalectomia. A tensão dos tecidos da articulação, relaxa-se consideravelmente após a retirada dos fragmentos osseos ou do astragallo, e a drenagem seria optima; a cura verificar-se-hia de um modo ideal. Não temos muita pratica sobre a cirurgia articular, mas nos parece, — baseados em que dissemos atraz ao tratar da articulação do joelho, — que tal conducta deve ser proscrita, só devendo ser tentada na falha completa da therapeutica de abertura dos recessos peri-articulares, ou ntão nos casos extremos.

4.º) *Articulações do membro superior*: — As condições anatomicas do hombro são inteiramente analogas as da coxo-femoral, e as do cotovello e do punho se assemelham ás da tibio-tarsica. A conducta therapeutica será pois: arthrotomias classicas de drenagem para a escapulo-humeral e abertura dos recessos peri-articulares, no cotovello e no punho. No cotovello, a maioria dos A. A. é de opinião que não é possivel estabelecer uma bõa drenagem sem a resecção atypica de fragmentos osseos. Principalmente nos casos de ferimentos por arma de fogo onde ha fractura, a resecção atypica destes fragmentos, deve ser a regra. Como já dissemos atraz, tal conducta a nosso ver só deve ser tentada nas eventualidades de falha completa do methodo de drenagem por abertura dos recessos peri-articulares, ou então nos casos extremos.

Antes de dar por terminado o capitulo das arthrites agudas, queremos chamar a attenção para um factor de summa importancia, isto é, o da immobilização da articulação após os methodos cirurgicos de drenagem.

Como já tivemos occasião de dizer, um dos factores indispensaveis a cura de uma arthrite é a immobilização; por outro lado, já conhecemos as vantagens e as desvantagens das immobilizações, bem como o tempo pelo qual deve ella ser mantida. Outro factor capital que nunca deve ser esquecido, é o da posição que se deve dar ao membro por occasião da immobilização; este

factor é como disse, de uma importancia extrema, uma vez sabido que as arthrites evoluem não raro para a anquilose. Prevendo tal hypothese o cirurgião deve systematicamente, sem excepção, collocar o membro, na posição dicta de funcção. Esta varia naturalmente de accordo com as articulações; de uma maneira geral podemos dizer:

- 1) *punho*: em extensão de 15 a 20 graus.
- 2) *cotovello*: em flexão de 90°, pronação mediana, pollegar dirigido para cima.
- 3) *hombro*: em abducção mediana.
- 4) *coxo-femoral e Joelho*: em extensão.
- 5) *tibio-larsica*: em angulo recto.

II) *Arthrites chronicas não tuberculosas*: — Constitue este um dos capitulos mais confusos da pathologia articular; reina entre os A. A. as opiniões as mais diversas, o que torna muito difficil uma bôa orientação sobre o assumpto. No que diz respeito á classificação, o conceito actual mais acceito, é o de GOLDTHWAIT, que divide as arthrites chronicas não tuberculosas, sob o ponto de vista clinico, em 3 typos:

- 1) *Arthrites chronicas infecciosas*
- 2) *Arthrites chronicas atrophicas*
- 3) *Arthrites chronicas hypertrophicas*.

1) *Arthrites chronicas infecciosas*: — São aquellas que reconhecem uma causa infecciosa local. Isto é, o individuo apresenta uma arthrite chronica e n'elle pôde-se evidenciar uma infecção: ex., uma pyohemia que cedeu e deixou uma arthrite chronica como reliquat. Em geral se assestam em uma unica articulação, isto é são mono-arthrites. Apresentam em geral no inicio, um caracter agudo ou sub-agudo e só depois é que se tornam chronicas.

2) *Arthrites chronicas atrophicas*: — São arthrites que se iniciam vagarosamente e quasi sem symptomatologia, nisto se diferenciando das do primeiro typo que se iniciam em geral com o caracter agudo ou sub-agudo. A etiologia é também diversa, são devidas em geral a infecções focaes ou toxemias que irritam paulatinamente a articulação, provocando no final, uma arthrite (abcessos dentarios, fôcos amygdalianos, cholecystite, appendicite, prisão de ventre, megacolon etc...).

São em geral poly arthrites e têm preferencia para a idade juvenil e para o typo longilineo. Em 48 % dos casos são de natureza hereditaria. Traduzem-se na radiographia por uma osteoporose pronunciada, dahi a designação de arthrite atrophica.

3) *Arthrites chronicas hypertrophicas*: — Traduzem-se á radiographia pela formação de osteophytos e pela presença de condensação ossea. São como as do 2.º typo, polyarthrites, comtudo o numero de articulações attingidas, nunca é tão grande como nestas ultimas. E' a arthrite da idade madura, se verificando em geral após os 40 annos. Tem preferencia pelos individuos do typo brevilineo. A causa é difficil de ser determinada; parece que não se lhe pôde imputar uma causa infecciosa, razão pela qual as podemos chamar de arthrites chronicas não infecciosas.

Caberiam neste grupo o que os A.A. allemães designam de arthroses. Isto é, arthrites subsequentes a sub-luxações, fractura mal consolidada, ruptura de meniscos, entorses, genu-valgum. Segundo MOULONGUET poderiam ellas ser devidas ao desprendimento de pequenos fragmentos de cartilagem de revestimento, que verificar-se-hia nos pequenos traumatismos, e que então livres na cavidade articular, a irritavam e provocavam arthrite. Tal conceito, do desprendimento de pequenos fragmentos de cartilagem ou mesmo de simples poeira ossea, poder provocar arthrite, encontra explicação no facto dos trabalhadores encarregados do serviço de pavimentação de ruas, que fazem uso de machinas trituradoras que trabalham em um regimen de trepidação muito intenso, apresentarem commumente arthrite chronica do cotovello.

Ao lado da classificação clinica de GOLDTHWAIT, temos a classificação de NICHOLLS e RICHARDSON, baseada na anatomia pathologica. Seja dicto de passagem que estes dois A.A. são dos que mais entendem sobre a anatomia pathologica das arthrites chronicas; a descripção dada por elles em 1909 não poude até hoje em nada ser alterada. Segundo a classificação de NICHOLLS e RICHARDSON, as arthrites chronicas dividem-se, sob o ponto de vista anatomo-pathologico, em 3 grupos:

1) Arthrites infecciosas (assemelham-se em tudo ás arthrites infecciosas de GOLDTHWAIT).

2) Arthrites proliferativas (equivalem ás arthrites atrophicas de GOLDTHWAIT).

3) Arthrites degenerativas (equivalem ás arthrites hypertrophicas de GOLDTHWAIT).

As arthrites chronicas proliferativas foram assim designadas por se iniciarem por proliferação de tecido conjunctivo: tanto do tecido conjunctivo da synovial, como do tecido conjunctivo dos canaes de HAVERS. Esta proliferação do tecido conjunctivo no interior do osso explica a atrophia ossea que motivou a denominação de arthrite atrophica dada por GOLDTHWAIT.

As arthrites chronicas degenerativas de NICHOLLS e RICHARDSON, caracterizam-se inicialmente por uma degeneração (fibrillação ou fissuração) da cartilagem de revstimento e ainda mais pela formação de osteophytos.

*Tratamento em geral da arthrites chronicas não tuberculosas:*

1) *Arthrites chronicas infecciosas*: — Imobilisação na posição de função e punções repetidas se houver hydrarthrose. O tratamento physiotherapico, a diathermia etc... são recomendáveis. Quando tratadas inicialmente apresentam um prognostico favoravel. Uma vez abandonadas sem tratamento evoluem para o estadio de arthrite chronica atrophica. Podem terminar pela anquilose.

2) *Arthrites chronicas atrophicas*: — O tratamento já é bem mais complexo. Para ser perfeito elle deve ser feito em Institutos especializados que só cuidam do tratamento das arthrites, como os que existem nos E.U. e na Allemanha por ex. Exige a co-operação entre todos os especialistas, inclusive dentistas. Ao clinico cabe levantar o estado geral, afastar o estado de toxemia, cuidar da alimentação pesquisar as infecções focaes. Ao dentista cabe o exame dentario e a procura de infecção ou abcesso. Ao oto-rhino-laryngologista o exame especializado; ao cirurgião de preferencia orthopedista, cabe: a correcção das posições viciosas, promover a imobilisação e guiar a physiotherapia afim de evitar a anquilose; se tal não for possivel e se verificar a rigidez articular, ver-se-ha o cirurgião na contingencia de corrigir esta anquilose, fazendo uma resecção, uma arthroplastia etc... No joelho ha por vezes indicação de sinovectomia.

3) *Arthrite chronica hypertrophica*: — A norma therapeutica a seguir é mais ou menos a mesma. Aqui a parathyreoidectomia parece trazer grande melhora, pelo menos pelo lado doloroso.

III *Arthrites tuberculosas*: — Deixando de lado toda a questão da pathologia da tuberculose articular, daremos somente uma vista de conjunto sobre o tratamento da tuberculose osteo-articular em geral.

Sob o ponto de vista therapeutico, uma distincão fundamental impõe-se desde o inicio. Existem duas tuberculoses osteo-articulares:

1.º) A tuberculose osteo-articular no estado puro, tuberculose fechada, na qual existe unicamente, bacillos de Koch;

2.º) A tuberculose osteo-articular mixta, infectada, tuberculose osteo-articular aberta, fistulosa, na qual os microbios de infecção secundaria juntam sua nocividade ás do bacillo de Koch.

Cada um destes typos de tuberculose comporta um tratamento que lhe é especial. Trataremos somente das:

*Generalidades sobre o tratamento da tuberculose osteo-articular fechada*: — Ainda aqui, uma distincão é capital, é assim que devemos estudar:

A) Generalidades sobre o tratamento da tuberculose osteo-articular durante sua phase evolutiva.

B) Generalidades sobre o tratamento da tuberculose osteo-articular após a phase evolutiva.

A) *Generalidades sobre o tratamento da tuberculose osteo-articular fechada durante sua phase evolutiva:* — Antes de mais nada é preciso saber, que sob a acção de um tratamento geral e local apropriados, toda lesão de tuberculose osteo-articular fechada, evolue de uma maneira cyclica e termina espontaneamente pela cura. Não raro, o tratamento cirurgico é dispensavel.

Em suas grandes linhas, 2 são os grandes methods de tratamento: o conservador e o cirurgico.

1) *Tratamento conservador propriamente dicto:* — A tuberculose osteo-articular é nada mais que uma lesão localizada de uma molestia geral; comporta pois um tratamento geral e um tratamento local. Ainda mais, devido as condições da molestia (longa duração, tratamento penoso, etc.) convem igualmente um tratamento psychico ou moral. Resumindo, o tratamento conservador é dividido em 3 partes: tratamento geral, tratamento local, tratamento moral.

a) *Tratamento geral:* — Não entraremos em detalhe; é o mesmo que o da molestia geral, tuberculose. Póde elle ser resumido na conhecida triade, applicavel a toda localisação tuberculosa: repouso — aeração — boa alimentação.

b) *Tratamento local:* — Viza 2 itens:

a') immobilisar a articulação doente durante toda a duração de evolução da affecção;

b') tratar o abcesso frio.

a') *Immobilisação e suas leis:* — Uma immobilisação bem conduzida deve supprimir totalmente a funcção. No membro superior, a funcção é unicamente a de mobilidade; no inferior e na columna, ella é dupla, de sustentação e de mobilidade. Comprehende-se pois que se a lesão assenta-se nos membros inferiores ou na columna, á immobilisação rigorosa, deve-se alliar o repouso absoluto no leito, unico meio efficaz no afastamento da funcção de sustentação. Outro factor capital, a immobilisação (gesso ou extensão) e o repouso no leito, devem ser mantidos até que se verifique a cura. A duração minima de molestia é de 2 a 3 annos e meio para o membro superior, e de 3 a 4 annos para o membrô inferior e columna vertebral. O tempo da immobilisação e do repouso será pois de 2 a 4 annos mais ou menos.

b') *Tratamento do abcesso frio*: — Segundo diz muito bem CALVÉ, o termo de abcesso frio é máu. Abcesso, lembra abertura a bisturi. Seria pois mais conveniente conservar esta denominação, unicamente ao abcesso quente microbiano, rico em polynucleares, sêde de phenomenos de reabsorpção intensa, necessitando de urgencia, incisões grandes e precoces. O abcesso frio é muito pelo contrario, uma collecção aseptica, ou melhor apresenta bacillos de Koch em muito pequena quantidade; é um pús morto, composto de cadaveres cellulares e sequestros osseos parcellares. ALBEE o denomina de *ichor pocket* (bolsa de detrictos). Provavelmente de origem allergica, elle nada mais é que uma expansão do fóco tuberculoso inicial. Como este ultimo, apresenta elle duas tendencias: uma a de se reabsorver, outra a de se expandir. Nesta segunda eventualidade, no chamado abcesso em marcha ou tuberculoma, elle caminha em direcção ao exterior. Esta migração é mais ou menos lenta, variando com os tecidos que se encontram em sua trilha: os musculos e as aponevroses são muito resistentes, o tecido cellular é um excellente terreno para sua evolução.

E' importante o conhecimento de que, quando o abcesso abre-se na pelle, formam-se entre o fóco profundo e este orificio, um canal unico ou multiplos canaes cujas paredes são atapetadas de fongosidades e ulcerações, devidas aos phenomenos de digestão provocados pelos fermentos lyticos. Este trajecto, não tem tendencia a cicatrizar e ainda mais põe em communição permanente, o exterior e o fóco, creando assim uma via optima á infecção secundaria ascendente. Eis porque a abertura de um abcesso frio é nefasta. Nunca se deve abrir um abcesso frio. Nas grandes localizações, taes como no mal de POTT e na coxalgia, costuma-se mesmo dizer, que o bisturi abre a porta á morte.

Qual é então o tratamento racional do abcesso frio?

Baseia-se nas 3 normas seguintes: tratamento geral, repouso e puncções repetidas. Segundo CALVÉ, na coxalgia e no mal de POTT, o methodo das puncções quando bem conduzido, dá 97 a 98 % de bons resultados. E' pois elle que preserva da morte os potticos e os coxalgicos.

c) *Tratamento moral*: — Consta em elevar no mais que se puder, a moral do doente: passeios ao ar livre em carros esportivos, cinema, leitura, visitas, etc....

2.º) *Tratamento cirurgico*: — Existem 2 grandes grupos de actos cirurgicos:

a) operações que se praticam directamente sobre o fóco, seja para o extirpar — como as grandes exereses — seja para supprimir as partes essenciaes — como as resecções atypicas, limitadas.



b) O processo operatorio pretende obter a cura pela anquilose tardia ou precoce da articulação. Para isto lança mão das arthrodeses.

Seria muito interessante si pudessemos analysar mais de perto esta questão do tratamento cirurgico da tuberculose articular. O assumpto é porém muito extenso e foge das pretensões desta comunicação. Daremos somente, a norma actual de conducta cirurgica, mais acceita pelos especialistas.

De accordo com a maioria dos cirurgiões, em se tratando de adultos, as lesões tuberculosas da columna vertebral e do membro inferior, portanto: mal de POTT, coxalgia, localizações osteo-articulares do joelho e do pé, devem ser tratadas pelo methodo anquilosante. A technica operatoria ideal será: enxerto osseo encravado entre as apophyses espinhosas no mal de POTT (operação de ALBEE), arthrodese extra-articular ou extra-focal na coxo-femoral, resecção anquilosante no joelho, astragalletomia na tibio-tarsica e ressecções no pé.

No membro superior o tratamento cirurgico ideal é o das ressecções. Esta norma de tratamento acha-se baseada no seguinte principio: deve-se recuperar no maximo a funcção principal da articulação attingida, isto é funcção de mobilidade para o membro superior e funcção de sustentação para a columna e membros inferiores.

Ainda um conhecimento de ordem capital, que é descuidado por muitos, é o de que a ankilose deve ser sempre praticada tardiamente, em caso contrario, fracassa. A arthrodese só é indicada no fim da phase evolutiva, quando o fóco acha-se nitidamente circoscripto, quando os processos de ulceração chegaram na phase de néo arthrose constituida, portanto raramente antes do 2.º anno de molestia. A orientação cirurgica na criança é bem diversa.

As indicações de tratamento cirurgico nas crianças, são muito mais restrictas. As ressecções estão formalmente contraindicadas; o periodo de crescimento ainda não tendo terminado não podemos extrair as cartilagens de conjugação. Por outro lado as arthrodeses têm indicações bastante limitadas. O tratamento em geral é feito pelo methodo conservador propriamente dicto.

B) *Generalidades sobre o tratamento da tuberculose osteo-articular após a phase evolutiva:* — Si bem que tenha-se verificado a cura de uma lesão local, não quer isto dizer que o paciente deixou de ser um tuberculoso ou pelo menos um predisposto. Elle deve pois ser collocado sob o ponto de vista social, entre os individuos de capacidade physica defficiente. Um antigo pottico ou um antigo coxalgico devem ser orientados na escolha de sua profissão, na sua maneira de vida, etc.... Toda occupação que provoque uma surmenage physica ou intellectual deve ser proscripta.



Deixando agora de lado esta questão da tuberculose osteo-articular, teceremos para terminar, algumas considerações sobre as anquiloses e as rigidezes articulares.

IV) *Ankiloses e rigidezes articulares*: — Segundo a grande maioria dos A. A., anquilose significa a perda mais ou menos completa da mobilidade articular; para DELPECH porém, o termo anquilose estaria reservado ás soldaduras das extremidades articulares que determinam uma immobilitade completa e absoluta. O melhor será designar de rigidez articular os casos onde a fixidez total ou parcial da articulação, é devida a lesões peri-articulares (músculos em particular) e conservar a designação de anquilose ás rigidezes articulares dependentes de lesões assestadas ao nível das diferentes partes da articulação: osso, synovial, capsula e ligamentos.

*Etiologia*: — As anquiloses e as rigidezes articulares não constituem uma molestia. São a consequencia ou melhor as sequellas de affecções articulares diversas.

Antes de mais nada, é preciso saber que a immobilisação de uma articulação sã, por mais prolongada que seja, não provoca anquilose. A anquilose é sempre a consequencia de uma aoffecção articular. De uma maneira geral, podemos dividir as lesões articulares responsaveis pelas anquiloses, em 2 grupos

1) traumatismos articulares — luxações (principalmente quando não reduzidas), fracturas articulares;

2) inflammações articulares;  
entre ellas as arthrites chronicas e agudas, principalmente estas ultimas.

*Anatomia pathologica*: — Diz respeito ás

*Lesões proprias á anquilose*: — Estas attingem, simultaneamente ou não, segundo os casos: o esqueleto articular, a synovial, a capsula e os ligamentos.

a) *ossos*: as lesões se assestam na cartilagem de revestimento, que acha-se parcial ou totalmente tomada. De accordo com a natureza da lesão cartilaginosa, temos as anquiloses osseas e as anquiloses fibrosas. Na ossea existe uma verdadeira consolidação ossea entre as 2 extremidades osseas; na fibrosa, o tecido esponjoso da epiphyse, desprovido de seu revestimento cartilaginoso, une-se ao da outra epiphyse, por tecido fibroso mais ou menos espesso, denso, resistente e vascularizado.

b) *synovial*: a cavidade articular ou acha-se completamente ausente ou persiste em determinados pontos. A synovial se espessa e fibrosa-se.

c) *capsula e ligamentos*: — perdem sua elasticidade, fibro-sam-se e por vezes ossificam-se.

*Tratamento*: — Os methodos de tratamento dividem-se em 2 grupos:

1) Intervenções que visam corrigir a attitude viciosa sem procurar restaurar a mobilidade.

2) Intervenções que visam restaurar a mobilidade.

No primeiro grupo temos:

a) Endireitamento seja progressivo seja brusco, ao qual segue-se a immobilização em bôa attitude. A anesthesia geral e as tenotomias como tempos complementares, são quasi sempre necessarias. Este methodo só é applicavel nas anquiloses fibrosas e não é isento de perigo, pois pôde provocar fracturas nas extremidades osseas. Em geral a redução da attitude viciosa só é conseguida após varias tentativas: reduz-se o mais que se poudar em uma primeira tentativa e immobiliza-se em gesso por 15 dias, em uma 2.<sup>a</sup>, 3.<sup>a</sup>, ou 4.<sup>a</sup> vez, consegue-se obter a posição desejada.

b) *Osteotomias nas proximidades do fóco*: — Secciona-se com formação a quasi totalidade do osso proximo á anqulose, e acaba-se de fractural-o a força, com manobras manuaes. O membro é agora immobilizado em aparelho gessado de maneira tal que a angulação obtida no fóco de osteotomia compense a da attitude viciosa.

c) *Ressecções orthopedicas*: — Consistem em se retirar por incisões praticadas no osso, um bloco osseo em forma prismatica ou trapezoidal; esta remoção permite a redução da attitude viciosa.

Das intervenções que visam restaurar a mobilidade citamos:

a) *Mobilizações forçadas*: estas pôdem ser praticadas de 2 maneiras:

a') *bruscamente sob anesthesia geral*. O processo não é inocuo, pôde-se verificar: ruptura ou alongamentos das partes molles, fracturas nas vizinhanças da ankylose; não raro, devido a ruptura do tecido fibroso, ha hemorragia e formação de ecchymoses cutaneas e mesmo hematomas ao nivel do fóco e dahi recidiva frequente da anquilose.

b') praticada lentamente, progressivamente, por manobras manuaes ou por aparelhos que utilizam uma força mechanica.

b) *Ressecções mobilisantes*: — Deve-se ressecar, afim de evitar a ré-ankylose, um segmento sufficiente de osso. Por outro

lado para evitar a articulação balouçante, a ressecção não deve ser excessiva e deve ser sub-periostica com conservação dos ligamentos e das inserções musculares. A mobilização activa será precoce para permittir a modelagem das novas extremidades articulares.

c) *Arthroplastias*: — O principio destas intervenções reside na interposição entre as extremidades osseas modeladas cirurgicamente, de uma membrana inerte, como fascia lata.

*Indicações therapeuticas*: — Existe uma categoria de anquilose, sobre as quaes a intervenção cirurgica é muito raramente indicada: são as anquiloses solidas, indolores em bôa posição. Esta ultima varia naturalmente segundo as articulações e segundo a profissão do individuo. Uma anquilose ossea do joelho, indolor, em rectitude, não reclama intervenção, seja qual fôr a profissão do individuo. Um cotovello anquilosado em flexão a 75° mais ou menos, que permite trazer a mão na bocca e executar sem dôr a maioria dos actos da vida normal, deve egualmente ser considerada como satisfactoria. Comtudo a solidez articular no cotovello não é mais tão necessaria quanto a do joelho pois não existe aqui força de sustentação, poder-se-ha então tentar a restauração da mobilidade. Em principio, apesar dos grandes progressos das intervenções mobilisadoras, não devemos fugir do velho principio: no membro inferior a solidez, no membro superior a mobilidade.

Em se fallando agora de anquilose em má posição, qual deverá ser nossa conducta? E' baseando-se na etiologia, na anatomia pathologica da anquilose e no psychismo do paciente, que orientaremos o tratamento. De uma maneira geral, pôde-se admittir, que caso trate-se de uma tuberculose antiga, o melhor é não tocar no foco, a não ser que se possa assegurar a exerése completa; segundo os casos, uma osteotomia a distancia (sub-trochanteriana para a coxalgia) ou uma ressecção (joelho, cotovello), são as intervenções de escolha. Não se podendo obter uma exerese completa, o melhor é não mexer: pôde se verificar um despertar do foco e dahi uma diffusão sob forma de granulia ou de meningite.

O mesmo não se dirá das anquiloses consecutivas a arthritides manifestamente agudas, gonococcicas em particular. Desde que tenha cessado completamente a phase inflammatoria, pôde-se perfeitamente intervir em pleno foco. A anquilose é ella fibrosa? Uma mobilização leve e progressiva, ajudada de massagem, agentes physicos, etc... dará em um certo numero de casos resultados favoraveis. Em presença de uma anquilose traumatica ou de origem inflammatoria, que fazer? De um lado a ressecção que visa então obter uma nova anquilose em bôa posição, d'outro lado, as arthroplastias. A escolha do processo variará com innumerous fa-

ctores: profissão e genero de actividade do individuo, séde da anquilose, estado dos musculos e sobretudo psychismo do ferido; estes dois ultimos factores são incontestavelmente aquelles sobre os quaes deve-se ser o mais exigente antes de praticar uma arthroplastia.

Endereço: Rua D. José de Barros, 168.

## BIBLIOGRAPHIA

- ANSART, M. BASTOS. — *Las heridas por arma de fuego*. — Labor S. A. 1936.
- BASSET, MIALARET. — *L'épaule*. — Masson et Cie. 1934.
- CADENAT, F. M. — *Les voies de penetration des membres*. — G. Doin et Cie. 1935.
- CALVÉ, J. — *La tuberculose ostéo-articulaire*. — Masson et Cie. 1935.
- EISELSBERG von A. — *Tratado de Patologia y Clinica Quirurgicas*. — Manuel Marin, Barcelona. — 1934. — Tomo II.
- FARABEUF, H. — *Manuel operatorie*. — Masson et Cie.
- G. SCAGLIETTI. — *Lesione ostetriche della spalla*. — La Chirurgia degli organi di movimento. 22: 183; Agosto 1936.
- HERMETO, S. — *Arthrotomia da espadua pela via de accesso de Lecène-Huet-Bazy*. — Rev. Assoc. Paul. 11: 207; Outubro 1937.
- JONES and LOVETT. — *Orthopedic Surgery*. — Wm. Wood and Co. 1933.
- KIRSCHNER, M. — *Tratado de tecnica operatoria general y especial*. — Editorial Labor S. A. 1935. Tomo I.
- LECÈNE et LERICHE. — *Therapeutique Chirurgicale*. — Masson et Cie. 1926. Tomo I.
- LECÈNE, P. HUET, P. — *Chirurgie des Os et des articulation des membres*. Masson et Cie. 1929.
- ONBREDANNE et MATHIEU. — *Traité de Chirurgie orthopédique*. — Masson et Cie. 1937. Tomo I.
- PEMBERTON and OSGOOD. — *Chronic arthritis*. — Mac Millan Co. 1934.
- POLICARD, A. — *Physiologie generale des articulations a l'état normal et pathologique*. — Masson et Cie. 1936.

*Injecções inteiramente indolores e  
sem reacção local*

**Calcio**  
**Isotonico** **GROSS**

○ mais moderno recalçificante sem perigo

**Laboratorio Gross-Rio de Janeiro**

# SYPHILIS

## Rhodarsan

o arsenobenzol  
da actualidade

O mais moderno,  
mais espirillicida e  
mais toleravel dos  
arsenobenzões. Satis-  
faz integralmente  
às exigencias de  
"standardização"  
da Comissão de  
Hygiene da Liga  
das Nações.

#### DOSES:

I - 0 gr. 15	V - 0 gr. 75
II - 0 gr. 30	VI - 0 gr. 90
III - 0 gr. 45	X - 1 gr. 50
IV - 0 gr. 60	XX - 3 grs.

#### EMBALLAGENS:

Caixa de I e 10 ampolas de cada dose  
Caixa-série clinica: 12 ampolas (total, 5 grs. 70),  
para um tratamento completo.  
Caixa-série completa: 6 ampolas, doses I a VI.

CORRESPONDENCIA: **Rhodia** CAIXA POSTAL, 2916 - S. PAULO

## MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA

### Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 10 DE OUTUBRO

Presidente : PROF. CELESTINO BOURROUL

**EUGENIA E HYGIENE MENTAL** — PROF. ERNANI LOPES — O A. iniciou sua conferencia relembando a sua primeira visita a esta capital, em 1916, quando aqui veio para participar do Congresso Paulista de Medicina que, então, se reunia, e ao qual apresentou uma comunicação sobre "Prophylaxia social das doenças mentaes". Disse, a seguir, do prazer e orgulho que, como todo brasileiro, experimenta, toda vez que lhe é dado revêr São Paulo. Depois de encarecer as vantagens da colaboração entre eugenistas e psychiatras, refere-se á prioridade que cabe aos cientistas paulistas, quanto á vulgarização do programma da eugenia, em nosso paiz, destacando, particularmente, os nomes dos drs. Renato Kehl, Toledo Pisa Junior e Octavio Domingues. Do que se tem feito na capital da Republica, põe, em relevo, a criação do serviço psychiatrico genealogico entregue á competencia do dr. Cunha Lopes, podendo informar que será, em breve, ampliado, por iniciativa do actual director da Assistencia a Psycho-

pathas, professor Adaauto Botelho. Continuando, allude a uma sua anterior conferencia sobre o thema "A alta tardia dos heredo-psychopathas por motivo de ordem eugenica" (1934), frisando ter sido esse trabalho bem acolhido pela imprensa technica de varios paizes. Hoje, de como ha 4 annos, continua a pensar que devem ser instituidos, em nosso meio, os "Tribunaes da Eugenia", não para sentenciar compulsoriamente a esterilisação dos transmissores de taras, mas, pelo menos, para os "retirar da circulação", conforme o ponto de vista dos eugenistas latinos, em geral. Julga, entretanto, não conviria fosem as leis eugenicas, no Brasil, promulgadas desde logo para todo o paiz, e, sim, apenas, para os Estados já trabalhados pela propaganda dos eugenistas. Outro aspecto para o qual chama a attenção é o da possibilidade de permittir a procriação em certos casos de heredopathia — como a epilepsia sem disturbios mentaes — desde que seja possível evitar a explosão do mal nos descendentes, graças a observancia por estes

Nas convalescenças :

## SERUM NEURO-TRÓFICO

TÔNICO GERAL — REMINERALIZADOR

RECONSTITUINTE — ESTIMULANTE

Medicação seriada

INSTITUTO TÊRAPEUTICO ORLANDO RANGEL  
RUA FERREIRA PONTES, 148 - RIO DE JANEIRO



de um regime adequado de Hygiene physica e mental. O conferencista, na ultima parte de sua palestra, faz referencias a dois livros que dentro de pouco serão conhecidos do nosso publico nos quaes se estuda o problema da

psycho-eugenia. E' o primeiro delles a traducção que empreendeu com professor C. A. Baker, da celebre pesquisa de H. Goddard, intitulada "A familia Kallikak", e o outro, de sua autoria, "Balas de Estalo".

## SESSÃO DE 19 DE OUTUBRO

Presidente : DR. RIBEIRO DE ALMEIDA

**NOVELLO DE ASCARIS NO CHOLEDOCO. CHOLEDOCO-TOMIA. CURA.** — (Apresentação do doente). — DR. J. SOARES HUNGRIA. — O autor discorreu longamente sobre um caso raro de obstrucção do choledeco por ascaris lumbricoides. Tratava-se de um menino de 14 annos que se achava em tratamento no Hospital Municipal, mas cujo estado se aggravou de tal forma que se tornou necessario internal-o, ficando em observação no serviço de medicina. Depois de lá permanecer 15 dias, foi removido para o serviço de cirurgia acompanhado de diversos exames inclusive o radiologico e com o diagnostico positivo de um calculo de vesicula. Esse diagnostico foi recebido com reserva, pois sendo a calculose rara no homem é ainda mais, na criança. O caso aggravou-se de modo tal, que foi necessario uma intervenção, muito embora o seu estado geral fosse mau. Foi empregada a anesthesia local. Aberto o peritoneo foi encontrada a vesicula san e o calculo não foi encontrado. Continuando, entretanto, a operação foi encontrada uma região completamente atypica, inflammada, edemaciada e, mais curioso, havia uma elevação além da vesicula que se confundia em ondulações junto com o duodeno. Foi praticada uma punção tendo sido retirada pequena quantidade de bilis. Incisado o tumor, se nos deparou um ascaris, e, assim, no decorrer de 20 minutos foram retiradas 87 ascaris. A seguir foram explorados os conductos biliares. O autor empregou uma injeccão de ether e praticou a sutura do choledeco, drenan-

do-o com uma sonda. No final da sutura notava-se, ainda, ascaris afluindo pela incisão do choledeco. O doente continuava a vomitar ascaris e a evacuar ascaris, que, sabiam, tambem entre a sonda e a drenagem. No 6.º dia a sonda fôra obstruida pela passagem de um ascaris, que foi retirado. O autor appellou para o Raio X e fez uma injeccão de iodipina a 40%, na porção de 20cc. Duas horas depois o doente evacuava cerca de 168 ascaris. Para que a fistula se fechasse o doente foi alimentado pela sonda duodenal. 15 dias após o doente recebeu alta tendo entrado em convalescença, achando-se, presentemente, curado. A comunicação mereceu commentarios de parte do dr. Paulo Artigas.

**NEURALGIA REBELDE DO TRIGEMEO** — DR. CARLOS GAMA — Rendeu, de inicio, uma homenagem ao professor Vampré e á sua escola. A seguir, mostrou que, no momento, ha 2 tratamentos a seguir : a alcoolisação e a neurotomia retrogasseriana. Diz que dá preferencia á neurotomia retrogasseriana por via temporal. Discutiu depois, as modificações da sensibilidade superficial da face e da sensibilidade gustativa dos dois terços anteriores da lingua. Disse que, em um caso de neurotonia diferenciada, não observou modificação na sensibilidade superficial da face e propoz uma explicação. Baseado em 41 neurotomizados, em operações do angulo ponto cerebelar e paralyrias a "frigori" do facial acha que as fibras da sensibilidade gustativa não passam através do ganglio de



Gasser e sim pelo facial. Ao terminar, abordou, em linhas geraes, o valor das ganglietomias nas nevralgias atypicas ou sympathi-

cas da face. Disse que essas operações só dão resultado quando ha phenomenos nitidos de irritabilidade sympathica.

## SESSÃO DE 4 DE NOVEMBRO

Presidente : DR. J. RIBEIRO DE ALMEIDA

### BAÇO MOVEL COM TORÇÃO DO PEDICULO SIMULANDO CYSTO DO OVARIO DIREITO

— DRA. CARMEN ESCOBAR PIRES — A A. mostra a raridade da ptose do baço, da torção do pediculo de um baço movel e a sua preponderancia no sexo feminino : — neste, os casos ultrapassam de uma centena ; no sexo masculino apenas 7 são conhecidos. Refere-se ás difficuldades do diagnostico : o baço pode occupar qualquer zona da cavidade abdominal onde se apresenta sob aspecto de tumor ; geralmente os doentes só procuram medico depois dos phenomenos agudos da torção, e, em condições, muitas vezes, tão graves, que exigem intervenção immediata, dados os symptomas abdominaes agudos, que não permitem anamnese perfeita nem exame physico completo. Relata a observação de uma doente de 40 annos ; — fortes dores no baixo ventre ha 4 dias. Ha tempo que ahi notava a presença de um tumor, mas não a incommodava. Sobrevieram-lhe, porém, dores fortes, tendo sido necessario recorrer diariamente a analgesicos. Notam-se em seus antecedentes maleita e 9 partos a termo. Ao exame physico apresentava um tumor na fossa illiaca direita, que se perdia na pelvis. Pelo exame gynecologico verificou-se que o tumor occupava o fundo de sacco lateral direito e o anterior. O Douglas estava tambem occupado pelo tumor que, entretanto, nesse lugar era de consistencia mais molle, renitente. Devido aos phenomenos agudos da torção, dores e augmento do tumor, foi resolvida a intervenção, verificando-se, então, tratar-se de um baço movel, pto-

sado, grandemente accrescido de volume, com torção do pediculo ( $\frac{1}{2}$  volta), pesando 980 grs. Na cavidade peritoneal havia 500 cc. de liquido sóro hematico e o apparente tumor, que occupava o Douglas, nada mais era que dois hemicorpos uterinos (utero bicornio, unicollo) recalçados pela massa esplenica e pelo liquido da cavidade. Esplenectomia, restabelecendo-se a doente. No caso apresentado, muito embora a hypertrophia do baço por malaria e o relaxamento da parede do abdomen por multiplas prenhezoes possam explicar a ptose do baço, não explicam, entretanto, em numerosos outros casos. Admitte a opinião de que a causa principal do baço movel é a má formação congenita dos seus ligamentos e que os factores adquiridos servem para accentuar essa esplenoptose já existente em potencia desde o nascimento. Estuda a symptomatologia da torção do pediculo, as causas e as consequencias della, indicando como tratamento a esplenectomia.

### ANALGESIA PERIDURAL —

DR. EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI — O A. apresenta um estudo estatistico das anesthasias peridurales do serviço do prof. Alipio Corrêa Netto, em numero de 300. Nessas anesthasias obteve 264, ou seja 88% de resultados classificados como satisfactorios e 12% de maus resultados. Os resultados classificados por anesthasicos mostram que a esurocaina, adicionada de renaleptina, é o anesthasico que melhores resultados offerece. (91,3% de bons resultados). O A. construiu graphicos demonstrativos sobre as alterações da pressão arterial e do pulso, duran-

te as anesthesias. Estudando esses graphicos, verifica-se que a hypotensão é pouco frequente, e que, em muitos casos, ha augmento da pressão arterial, mesmo quando se usa a novocaina desacompanhada de medicamentos vasopressores, como a adrenalina. Na interpretação da hypotensão, defende a hypothese de que ella seja provocada por uma paralysis respiratoria relativa, e consequente diminuição da pressão parcial do oxygenio no sangue circulante. O signal de

gota ou signal de Gutierrez está presente em 72,4% dos casos. Entre os accidentes, apenas ha um de gravidade: — trata-se de uma syncope respiratoria, vencida após 30 minutos de respiração artificial. Na primeira parte do trabalho faz um estudo resumido sobre a anatomia e physio.ogia do espaço peridural, bem como da technica, indicação, contra-indicação e accidentes da anesthesia peridural.

## Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HYGIENE E MEDICINA TROPICAL EM 4 DE JUNHO

Presidente: PROF. SAMUEL PESSOA

**OBSERVAÇÕES SOBRE A THERAPEUTICA DA GIARDIOSE** — DRS. VICENTE LARA e CARLOS EUGENIO PORTO — Os AA. referiram que vêm observando o effeito de Atebrina em casos de giardiose, em numero de 20 observações e os exames praticados revelaram completo exterminio das giardias.

**Commentarios:** — Prof. Samuel B. Pessoa: Pensa que só para o futuro se poderá falar com certeza da efficiencia desse tratamento, pois é bem sabido que outros medicamentos nesse mesmo sentido têm tido innumerous insuccessos.

**PESQUISA DO COMPLEXO VITAMINICO "B" NA FECULA DA RAIZ TUBEROSA DA MANDIOCA DO RIO GRANDE DO SUL** — Academicos T. MARTIRANI e G. COLONNESE — Os AA. referiram os estudos de F. A. Moura Campos sobre a fecula paulista e os seus sobre a fecula paraguaya, onde encontraram disparidade nas taxas vitaminicas desta em relação á paulista. Levantam a suspeita de variação dessa taxa no caso complexo B, conforme as condições geologicas e climatericas. Dividem o paiz em zonas e iniciam

as experiencias com o material proveniente da 1.<sup>a</sup> zona, o Rio Grande do Sul. Notaram fraca porcentagem do factor B, que garantia a manutenção dos ratos, mas a presença do B2 por causa da manutenção do peso. Praticaram a contraprova, administrando a fecula de mandioca paulista, succo fresco de mandioca paulista e levedo de cerveja, notando elevação de peso, e portanto a cura dos phenomenos de avitaminose.

**Commentarios:** — Dr. Rivarola (do Paraguay): Considerou que a farinha paraguaya experimentada pelos AA. não é muito usada em seu paiz, pois tendo soffrido muitas manipulações torna-se impropria para a alimentação. Quanto aos trabalhos do dr. Martin foram muito criticados pelo facto de elle ter trabalhado com uma só especie de mandioca. Promete aos AA. enviar de seu paiz a mandioca que realmente é utilizada pela maioria de seu povo.

Dr. Recalde: No Paraguay existem mais de 100 especies de mandioca, possivelmente os AA. trabalharam com uma mandioca cortada e seccada ao sol e dahi a origem da palavra aipim, palavra genuinamente tupy.

Dr. Pessoa : Seria interessante averiguar qual a razão da variação da taxa vitamínica conforme as regiões. No mais, o trabalho é de summa importância para todos os sul-americanos que visam substituir o trigo importado pela fecula de mandioca. Nossa satisfação augmenta por ver esse assumpto abordado por 2 estudantes no meio do seu curso e que trouxeram um trabalho tão bem documentado e com tão grande rigor scientifico.

Dr. Durval Lucena : Lembrou a questão da idade da farinha, principalmente no nordeste onde a farinha é armazenada e pode produzir molestias com diarreas; pode-se realmente pensar em avitaminose, mas tambem pensar em gergens que na farinha se acumulam.

Academico G. Colonnese : Pensam os AA. que a variação da taxa vitamínica seja devido a factores geologicos, influindo muito menos o factor especie. Agradecemos a gentileza do dr Rivalrola e aguardamos a sua remessa para assim poder repetir as experiencias.

**MALARIA AVIARIA II — PLASMODIUM CATHEMERIUM, HARTMANN 1927, PARASITA DO TICO-TICO (B. piliata) E DO PARDAL (P. domesticus) E P. elongatum, HUFF, 1930. PARASITA DO TICO-TICO EM S. PAULO —** DR. DURVAL LUCENA. — O A. nesta 2.<sup>a</sup> nota, depois de estudar a nomenclatura de algumas especies de P. aviario, traz seus achados baseado no exame de 105 tico-ticos (*B. achypsia piliata*) provenientes da Capital, Santo Amaro, S. Vicente e Campos do Jordão e 9 Pardaes (*Passer domesticus*) da Capital. Foi o seguinte o indice de infectividade segundo a proveniencia dos tico-ticos: Santo Amaro, 100% — Capital, 84,2% — S. Vicente, 71,1% — Campos do Jordão, 11,1%. Os pardaes encontravam-se infectados em 28,5%. Identificou duas especies: *Plasmodium cathemerium* no tico-tico de todas as localidades e no pardal da Capital; e *P. elongatum* no tico-tico de S. Vicente. Inoculou o *P. cathemerium* em tico-tico e no canario do imperio, em 75% dos casos, estudando o comportamento do parasita nessas aves.

## SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 6 DE JUNHO

Presidente : PROF. A. C. PACHECO E SILVA

**ERYTHROMELALGIA ENTRE AS PERTURBAÇÕES VASO MOTORAS — TRATAMENTO PELOS RAIOS X —** DRS. PAULINO LONGO e M. O. ROXO NOBRE — Occupou a tribuna o dr. M. O. Roxo Nobre. Referiu-se ás erythromelalgias como sendo neuroses vaso motoras, que se apresentam com a seguinte symptomatologia: dor, vermelhidão, edema e perturbações das extremidades dos membros, principalmente dos inferiores. Estes phenomenos podem estar ligados a disturbios psychicos ou glandulares. Citou varios casos com a symptomatologia referida, melhorada pela irradiação da região lombar com os raios X. Não se sabe

ao certo com agem estas irradiações. Querem alguns que seja uma acção puramente analgesica, o que não é admissivel. Outros admittem que os raios X actuam excitando as supra renaes ou provocando a formação da histanina. Referiu-se em seguida a diversos casos em que obteve bons resultados com a irradiação do sympathico, taes como: liquem plano, doença de Parkinson, hyperthyreoidismo, perturbação da menopausa, dysmenorrea e prurido vaginal.

**Commentarios :** — Dr. Aníbal Silveira : Perguntou se no mechanismo de acção, quer pathologica, quer curativa, não in-

fluiriam os nucleos di-encephalicos. Elle admite que, nos casos em que um estimulo indirecto não seja sufficiente, a irradiação directa da região di-encephalica possa dar resultado.

Dr. M. O. Roxo Nobre: Respondeu dizendo que, não se conhecendo o mecanismo da acção dos raios X sobre o sympathico, difficil se torna esclarecer si a irradiação directa da região di-encephalica daria resultados. Citou casos de tumores cerebraes irradiados directamente, com melhora dos doentes, provavelmente devida á baixa da pressão do liquor.

#### UM CASO DE DELIRIO SYSTEMATIZADO CHRONICO —

DRS. VIRGILIO CAMARGO PACHECO e NELSON DE TOLEDO FERRAZ — Os AA. passaram em revista a evolução das idéas dos delirios systematizados chronicos, com referencia ás escolas franceza e alemã. Teceram em seguida commentarios sobre a concepção actual das estruturas delirantes, cujo estudo não deve se entrecocar nem se confundir com a pesquisa dos agentes morbigenicos responsaveis directos do desarranjo mental. Leram a observação de um paciente cujo caso julgam poder enquadrar, apesar de um tanto atypico, entre as psychoses paranoicas.

### SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 24 DE JUNHO DE 1938

Presidente: DR. JOSÉ CAMARGO

**SUBSTITUIÇÃO PROTHETICA NUM CASO DE RESECÇÃO DA MANDIBULA** (Apresentação do doente) — DR. A. SOUZA CUNHA — O A., professor cathedratco de prothese buco-facial da Universidade de S. Paulo, no curso odontologico, dissertou sobre um caso de substituição prothetica de meia man-

dibula, segundo caso brasileiro e americano, sobre a importante materia, apresentando a doente e fazendo innumeradas projecções.

**Commentarios:** — DR. J. M. de Camargo: Felicitou o A. pelo brilhantismo do caso e em seguida deu por encerrada a reunião.

### SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 13 DE JUNHO

Presidente: DR. L. LEME DA FONSECA

**EPIDEMIOLOGIA E CLINICA DA TUBERCULOSE NA CRIANÇA** — DR. JOSÉ IGNACIO LOBO — O A. trouxe o resultado de suas observações, durante um periodo de 6 annos, sobre a frequência da infecção tuberculosa entre os pré-escolares de 2½ a 7 annos e sobre as formas clinicas e evolução das lesões nas crianças entre 0 e 7 annos. Tendo empregado systematicamente o "test" de V. Pirquet nas crianças que frequentam o Dispensario do Bom Retiro, pôde apurar o resultado do mesmo em 1274 casos, offerecendo por isso as seguintes porcentagens de resultados positivos:

de 2½ a 3 annos . . . .	6,50%
de 3 a 4 annos . . . .	11,50%
de 4 a 5 annos . . . .	12,90%
de 5 a 6 annos . . . .	15,40%
de 6 a 7 annos . . . .	16,60%

Estas cifras mostram que, mesmo em material de Dispensario Geral, não chega a 20%, aos 7 annos de idade, a porcentagem de crianças que já se contaminaram com o bacillo de Koch o que mais uma vez demonstra que, mesmo nos centros populosos como S. Paulo, as primo-infecções tuberculosas continuam incidindo durante o periodo escolar e, segun-

do uma estatística recente de Queiroz Telles, mesmo nos annos posteriores á idade escolar, isto é, no começo da phase adulta. Dest' arte, não procede a affirmação de que a grande maioria dos individuos se contamina, por primeira vez, durante a primeira e a segunda infancia. Sobre os factores chamados anergizantes que impedem a exteriorização de uma reacção tuberculínica, diz o A. que, sem desconhecer a existencia delles, tem a impressão que, ás vezes, se appella abusivamente para os mesmos. Como exemplo, cita o facto de ter repetido a reacção de Pirquet em crianças que já sabia serem tuberculino-positivos quando estas contrahiram coqueluche e os resultados positivos não desapareciam. Si a positividade á tuberculina é uma condição indispensavel para o diagnostico da tuberculose infantil ella não é comtudo sufficiente, pois a doença actual em observação pode ser devida a outras causas, citando a proposito alguns exemplos. O diagnostico de certeza é dado pela prova bacterioscópica, com o exame das fezes ou do liquido de lavagem do estomago. Comtudo, em seus casos, esta prova só resultou positiva nos casos de tuberculose aberta. Nos demais casos, o exame radiologico offerece grande auxilio no diagnostico, alliado que seja á prova da tuberculina. Mas tambem é certo que não ha quadro radiologico typico da infecção tuberculosa, comquanto os haja muito suggestivos. Neste caso, o diagnostico será sempre de alta probabilidade. O exame propeudeutico nas crianças muito novas é quasi sempre precario; nas crianças maiores, elle revela as alterações physicas que o pulmão haja soffrido como infiltrações, consolidações, derrame. A proposito das formas de decurso, que a primo-infecção tuberculosa possa assumir na infancia, o A. as eschematiza do seguinte modo:

1) Formas se demonstração clinico-radiologica, em que apenas existe uma reacção tuberculínica

positiva e, frequentemente, a historia um contágio mais ou menos recente;

2) Formas em que se demonstra radiologicamente a formação do complexo primario. Nem sempre ambas as componentes, a pulmonar e a ganglionar se evidenciam, ora faltando uma, ora outra. A este respeito convem lembrar o abuso que se faz de adenopathia hilar nos casos em que apenas existe estase vascular nos hilos, ou então infiltrações serosas perihilares. O complexo primario caminha na mór parte das vezes, para a cura, com calcificação dos focos; ás vezes o ganglio satellite se entumece muito, assumindo a forma tumoral. Neste caso, dizem varios AA. que o prognostico é fatal; não obstante, elle exhibe dois casos que acompanha ha quasi 3 annos, de crianças que hoje estão com cerca de 7 annos de idade e nos quaes a regressão ganglionar vem se processando de modo satisfactorio. As outras modalidades de decurso são as que constituem as formas seguintes:

3) Exacerbações peri-ganglionares ou infiltrações secundarias de Redeker ou epi-tuberculose. Ellas occorrem em torno de focos ganglionares já com tendencia para a cura e podem ser provocadas por processos inespecificos intercorrentes.

4) Disseminações á pequena circulação, com metastases no proprio pulmão. Tambem tem tendencia para a cura.

5) Disseminação á grande circulação. Aqui ou se formam metastases isoladas, como tuberculose ossea ou as metastases são multiplas, invadindo todos os orgãos e constituindo a tuberculose miliar. Esta forma é mortal e o exito letal se opera sempre com meningite.

6) Tísica do foco primario, sem que haja, por espaço de tempo relativamente longo (1 anno ou mais), disseminação geral. Encontra-se aqui a formação precoce de cavernas no pulmão. Esta eventualidade é mais rara. Não obstante, quando ocorre, e des-

de que o processo fique adstricto ao pulmão, é licito empregar-se a collapsoterapia, como num caso que o A. publicou de parceria com o dr. João Grieco.

A não ser nestes casos, a therapeutica tem que se cingir a medidas hygienodieteticas de ordem geral, condemnando o A. o tratamento pelos meios excitantes physicos (raios ultra-violetas) nos casos em que o processo se encontra ainda labil. Quanto ao prognostico, ha que distinguir dois factores principaes; um é a idade. Quando a infecção é contrahida abaixo de 2 annos, a mortalidade é muito alta, mesmo quando não haja lesões demonstraveis e apenas se evidencia a infecção através da tuberculino-positivação. Entre 2 a 4 annos, a mortalidade cáe bastante (8 a 10%). Entre 4 a 7 annos, o A. não viu nenhum caso de morte. Outro facto, é o aspecto das lesões sem potencial evolutivo. As formas de tísica primaria são muitissimo graves e as disseminações generalizadas são de prognostico fatal. As infiltrações secundarias são benignas e, quanto á phase de formação do complexo primario, ter-se-á que attender á tendencia progressiva das lesões e ao estado nutritivo da criança. O A. não tem duvida de que o que determina a diversidade de decurso da infecção de caso em caso, não é a dose nem a virulencia dos bacillos, não porque não tenha influencia, mas porque, para os diversos individuos, a virulencia e a dose infectante são proximamente iguaes.

O grau de exposição não determina maior numero de focos iniciaes. A diversidade de decurso tem que ser buscada em factores pessoas, originados quer por influencia como nutrição, ambiente, etc., quer por influencias geneticas. A este ultimo respeito, convem lembrar que a demonstração de que, nos gêmeos univitelinos, o processo da tuberculose assume um aspecto e uma evolução muito parecidos, constituindo isto, um forte argumento a favor dos que, como o A., creem na existencia dum facto genetico

para explicar a diversidade de reacção dos organismos diante da aggressão bacillar.

**Commentarios:** — Dr. Vicente Ferrão: Disse pairar no ambiente, uma intensa e geral satisfação pelo trabalho apresentado pelo conferencista. Não tinha nada a dizer, senão felicitar a Secção de Pediatria, por tão importante acontecimento. Felicitou o dr. Ignacio Lobo, por ter trazido um assumpto palpitante e que prendeu a attenção do auditorio durante quasi duas horas, exaltando ao mesmo tempo a autoridade do conferencista em materia de tuberculose. Pediu licença, entretanto, para falar sobre alguns topicos da conferencia do dr. Lobo, o que fazia para evidenciar mais ainda as exposições tão bem defendidas pelo A. Depois de algumas considerações, falou sobre os signaes clinicos radiologicos da criança, dizendo das causas de erro que commummente apparecem pela interpretação duma radiographia, e deu como exemplo a forma da tuberculose miliar que nem sempre dá uma imagem real. Tendo o dr. Lobo apresentado em seu trabalho, uma radiographia sobre um abcesso pulmonar, com diagnostico anterior de cavidade, disse o dr. Ferrão que está tratando presentemente de um abcesso pulmonar e que no entanto, a imagem radiologica dera uma caverna. Finalmente, num ponto apenas, está um pouco em desacordo com o conferencista: quanto á frequencia da tísica do foco primario. Pelo que tem podido observar, acha o dr. Ferrão que a tísica não é tão rara, pois tem sobre o caso, um material relativamente grande demonstrado por bacterioscopia positiva. Pirquet positivo assim como prova radiologica.

Dr. Leme da Fonseca: Pela erudição demonstrada e pela rica documentação apresentada, nada lhe resta senão cumprimentar calorosamente o dr. Ignacio Lobo, dizendo estar o seu trabalho entre aquelles que mais interesse despertaram na Secção de Pediatria.



## SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE JUNHO

Presidente : DR. JOSÉ BARBOSA CORREIA

**UM CASO DE PERICARDITE HEMORRAGICA** — DR. BENJAMIN RODRIGUES — Referiu a observação do caso, cujo paciente, militar, se encontrava num regimento de infantaria de Pindamonhangaba. Documentou a observação com radiographias. Quanto á etiologia quer lhe parecer que a tuberculose tenha influido nesse derrame.

**Commentarios :** — Dr. Barbosa Correia : Com relação ao diagnostico de hydro-pneumo-pericardio teve um caso de um menino operado de abcesso do pulmão e cerca de 10 dias depois surgiram attritos na pleura, na região axillar e a radiographia mostrava que o coração estava desviado para dentro, tendo se retrahido. Quatro dias depois esse quadro radiologico estava desaparecido. No mais só resta felicitar o A. pela tão bem documentada comunicação.

**ACTINOMYCOSE PRIMITIVA DO PULMÃO** — DR. A. VALENTE — O A. relatou um caso de actinomyose primitiva do pulmão, num individuo de 29 annos, branco, lavrador, brasileiro. A doença datava de 4 meses, tendo tido inicio insidioso, acompanhado de tosse insistente, anorexia, febre, perda das forças e emmagrecimento. O pulmão esquerdo apresentava signaes de condensação diffusa, com estertores subcrepitantes e alguns attritos. Ao exame radiologico, notava-se uma sombra densa e homogenea, cobrindo quasi a totalidade do hemithorax desse mesmo lado. A tuberculose parecia evidente. Entretanto, o exame de escarro re-

petido varias vezes, mostrou-se inteiramente negativo, quer para o bacillo de Koch, quer para os agentes habituaes das mycoses pulmonares. No decurso da evolução clinica, observou-se ulteriormente, a invasão da parede thoraxica, com apparecimento de uma tumefacção diffusa, de consistencia dura, occupando a região infra-clavicular esquerda. O diagnostico permaneceu obscuro, até á morte do doente, verificada um mês mais ou menos após a sua entrada no hospital. O exame necroscopico mostrou atelectasia completa do pulmão esquerdo, notando-se ao corte, uma proliferação intensa do tecido fibroso, com innumerables abcessos nos quaes o exame histo-pathologico mostrou a presença de granulos actinomycosicos característicos. O A. salientou, a seguir, as difficuldades que se apresentaram ao diagnostico, dada a semelhança dos symptomas clinicos e radiologicos existentes entre essa molestia e outras affecções agudas e chronicas do pulmão. O proprio laboratorio, cuja contribuição é em geral decisiva, pode falhar, dada a possibilidade da ausencia persistente do parasita nos escarros, mesmo em phases avançadas da molestia. O A. completou finalmente o seu trabalho com a citação de diversas estatisticas sobre a frequencia comparativa dos casos de actinomyose primitiva do pulmão.

**Commentarios :** — Dr. Barbosa Correia : Agradeceu ao A. ter trazido um caso tão interessante e que vem despertar a nossa attenção para a importancia das mycoses pulmonares.

**Senotiol - calcio colloidal injectavel**



## SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE JUNHO

Presidente : DR. R. PAULA SOUZA

**THERAPEUTICA E PROGNOSTICO DA TUBERCULOSE INFANTIL** — DR. ALDERICO MONTEIRO DE SOARES — O A. concluiu afirmando que a cura sanatorial apresenta elementos fundamentais na therapeutica da tuberculose infantil. O prognostico é geralmente favoravel. Documentou o trabalho com radiographias dos casos apresentados.

**Commentarios** : — Dr. Octavio Nebias : Na exposição do A. faltou uma determinada ordem na classificação dos casos. No Jaganã consideramos os complexos primarios nas suas diversas phases, classificamos os de infiltração secundaria, tambem aquelles que podem ser classificados de tísica primaria e por fim os casos de tuberculose do adulto que podem ser encontrados nas crianças. Fez essas considerações apenas porque o interesse dos casos apresentados bem mereceu para suggerir ao A. que se atenha á uma classificação, pois assim melhor poderá lidar com o grande material de que dispõe.

Dr. José Rosenberg : Os casos apresentados suggerem uma série de considerações. Na questão da dissociação do Mantoux, devemos lembrar que o curso, da allergia soffre oscillações conforme os periodos da molestia. Ha individuos que na 1.ª infecção apresentam allergia alta, para mais tarde cahir; torna a se evidenciar a allergia depois das reinfeções. Seria interessante que o A. acompanhasse essa dissociação, no sentido de nos informar si essa curva é observada em seus casos.

Dr. R. de P. Souza : Seria interessante saber-se do trabalho do A. a proporção das idades em que foram applicados os pneumos e os seus resultados. Tambem sobre a questão da calcificação o prazo minimo em que foi notada.

Dr. Alderico M. de Soares : Está de accordo com a classificação dada pelo dr. Nebias, mas evitou-a porque em alguns casos, principalmente nos de infiltração secundaria, faltaram-lhe elementos para firmar o diagnostico. Tambem não dispomos de enfermeiras visitadoras o que nos tem prejudicado na parte epidemiologica.

**CONTAGIO DA TUBERCULOSE NA INFANCIA** — SENHORINHA MARIA DO ROSARIO FONSECA ROSAS — A A. apresentou uma estatistica sobre 1824 crianças, estudando-as sob o ponto de vista da familia e sob o ponto de vista do domicilio. Sob o ponto de vista da familia encareou a questão do contagio familiar ou extra-familiar e sob o ponto de vista do domicilio, estudou tambem o contagio domiciliar, extra-domiciliar e sem especificação. A A. nesse trabalho apresentou a porcentagem de cuti-reacções positivas conforme os itens acima, fazendo salientar o papel altamente nocivo, quando a fonte bacillifera reside no proprio domicilio da criança. Essa estatistica foi feita no Ambulatorio do Hospital S. Luiz Gonzaga de Jaganã.

**Commentarios** : — Dr. Espirito Santo : Pediu a palavra para realçar o valor da educadora sanitaria principalmente neste momento em que se quer restaurar o valor do serviço sanitario. Foi dos que defendeu o valor da educadora sanitaria e isso já ha 15 annos e felicita pois a A. pelo trabalho apresentado, que constitue um incentivo para proseguirmos na mesma trilha.

Dr. Raphael Paula Souza : A mesa agradece o trabalho e endossa as palavras do dr. Espirito Santo.

# Lutz, Ferrando & Cia. Ltda.

RIO DE JANEIRO — SÃO PAULO

Rua Direita, 33 - Phone, 2-4998 - São Paulo



## CIRURGIA :

*Moveis asepticos, Salas de operações e esterilizações.  
Instrumental cirurgico.  
Montagem completa para Hospitais e Casas de Saude.*

## CHIMICA :

*Microscopia, Bacteriologia, Physica, Historia Natural.  
Corantes e Reagentes para Laboratorios.  
Material de Leitz.*

## ELECTRICIDADE :

*Instalações completas de aparelhos de Raios X.  
Electricidade medica, Diathermia, Ultra-violeta.  
Infra-vermelho.*

# IMBION

## SYPHILIS

*Em todas as suas manifestações e especialmente nos estados nervosos, cardio-vasculares, etc.*

### FORMULA:

Oxyiodureto de bismutho ....	0,06
Lipoides cerebraes .....	0,05
Oleo de Olivas neutro Q. S. P.	2 cc.

Caixas de 10 ampolas de 2 cc.

*Amostras com:*

**SOCIEDADE ASCLÉPIAS LTDA.**

RUA SILVEIRA MARTINS, 13 SOB. E 15 — CAIXA POSTAL, 1183  
TELEPHONE 2-7391 — SÃO PAULO

---

# The Review of Gastroenterology

(The Official Organ of the National Society for the Advancement of gastroenterology).

Vol. 3 — Number 2 — June 1936 — pag. 176 — Samuel Weiss —  
"Artichoke as a Cholagogue".

.....

Summing up one finds that administration of artichoke has a favorable action in subacute or chronic hepatic insufficiency, congestion of the liver, catarrhal jaundice after the fever disappears and in early cirrhosis. In hypercholesteremia, with increase of tissue cholesterol, essential hypertension, arteriosclerosis and atheroma of the arteries. In subacute and chronic nephritis with or without uremia.

.....

Samuel Weiss — "Alcachofra como colagogo".

Resumindo vemos que a administração da *alcachofra* tem acção favorável na insuficiência hepática subaguda ou crônica, na congestão do fígado, na icterícia catarral depois que a febre desaparece e no início da cirrose. Na hipercholesteremia, com aumento de colesterol dos tecidos, na hipertensão essencial, na arteriosclerose e no atheroma das artérias. Nas nefritides subaguda e crônica, com ou sem uremia.

.....

Estas indicações são preenchidas do modo mais satisfatório pelo: "CYNARON", extracto aquoso concentrado de folhas frescas de alcachofra cultivada de folhas prateadas (*Cynara scolymus*) preenchendo as indicações acima citadas.

"URATOL", extracto aquoso de folhas de alcachofra, contendo por c.c.: urotropina — 0,10; benzoato de lítio — 0,05; salicilato de sódio — 0,03. Indicado especialmente na fase febril das colecistites, pyelonephrites e cystites.

—

## Amostras e litteraturas:

**CYRILLO REZENDE**

Caixa Postal, 1441

Tel.: 2-4771

SÃO PAULO

**MAURICIO VILLELA**

RUA DE SÃO PEDRO, 90-1º

Tel. 43-6825 — Caixa Postal, 2881

RIO DE JANEIRO

---

SECÇÃO DE OBSTETRICA E GYNECOLOGIA, EM  
28 DE JUNHO

**CHORIOMAS** — Dr. SYLLA O. MATTOS — O A. fez, preliminarmente, considerações geraes sobre os choriomas, no que diz respeito ás suas duas variedades mais importantes: mola hidatiforme e chorioepithelioma. Focalizou principalmente a debatida questão do diagnostico clinico, anatomopathologico e biologico. Neste ultimo lembrou varias opiniões discordantes nas escolas franceza, portuguesa e americana. Fez considerações sobre a evolução, prognostico e tratamento dos choriomas. Finalizou apresentando observações interessantes pelo seu quadro clinico e evolução. Os casos referidos pelo A. são de mola hidatiforme, endometrite sincicial de Ewing e chorioepithelioma.

**PLASTICA DE MARTINS PARA O TRATAMENTO DAS FISTULAS URETHRO-VESICO-VAGINAES** — Dr. WALDEMAR SOUZA RUDGE — O A. apresentou um caso de extensa fistula vesico-urethro-vaginal, já operada anteriormente por duas vezes, com

Presidente: DR. PAULO DE GODOY

resultado nullo, o qual, tratado pela plastica do bulbo cavernoso, foi curado, pois, não só se obteve o fechamento do trajeto fistuloso como tambem a continencia urinaria. A proposito, o A. expõe a technica da plastica creada por Martins, bem como seu mechanismo de acção na substituição do esphincter vesical, ressaltando a simplicidade e facilidade de execução e a inocuidade desta intervenção, que tão bons resultados vem produzindo no tratamento da fistula vesico-vaginal, com participação da uretra e da incontinencia urinaria.

**Commentarios:** — Dr. Sylla O. Mattos: Felicitou o A. do trabalho e communicou que, na proxima reunião, apresentará um caso semelhante ao da observação relatada. Manifestou sua preferencia pela operação de Stoeckel, pois, é preferivel obter-se um resultado parcial com este methodo, a por em risco a vida do paciente submettendo-o á intervenção de Coffey-Mayo.

Sociedade dos Medicos da Beneficencia  
Portuguesa

SESSÃO DE 18 DE AGOSTO

Presidente: DR. MENDONÇA CORTEZ

**PATELLOSE JUVENIL** — Prof. RAPHAEL DE BARROS e Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO — O A. apresenta um caso de um menino de 11 annos que, em novembro de 1937, apresentava uma infiltração dura pouco dolorosa, diffusa, situada na face anterior do joelho esquerdo, tomando a região da rotula e extendendo-se lateralmente e para baixo; apre-

sentava tambem um condyloma plano peri-anal. A reacção de Wassermann foi fortemente positiva e o exame radiologico mostrou uma rotula pathologica, sem os caracteres de lues. Em 30 dias o Rhodarsan fez quasi desaparecer a lesão peri-anal. Seis mezes mais tarde, o doente nada mais apresentava clinicamente para o lado do joelho e o condyloma

havia reaparecido com o abandono do tratamento antisiphilítico, mas existiam ainda lesões tanto na rotula esquerda como na direita, nesta menos intensas. As radiographias foram levadas ao prof. Raphael de Barros que fez o diagnostico de molestia de Sinding Larssen. O A. fez considerações sobre essa affecção descrita em 1920 por esse autor, quando apresentou 2 casos. Um anno mais tarde, Johanson apresentou mais 4 casos e poucos mais foram até agora consignados na literatura. O caso apresentado está perfeitamente dentro da descrição classica, tanto clinica como radiologicamente. Presta-se a discussão sob o ponto de vista etiológico, porquanto os autores não assignalam a syphilis, mas a eschemia de contractura, fractura antiga, etc. Ao A. parece estranha a concomitancia da syphilis terciaria com a secundaria.

**Discussão :** — O dr. Jarbas Barbosa de Barros invoca a favor de uma etiologia unica para ambas as lesões, a prova therapeutica, citando que possa co-existir em um mesmo paciente lesões syphiliticas secundarias e terciarias, facto esse de observação frequente; chama ainda a attenção sobre as complicações e lembra que um toque rectal poderia trazer novos conhecimentos sobre o caso.

O dr. Francisco Finocchiaro acha que a lesão patellar não é de etiologia syphilitica.

O dr. Eduardo Cotrim concorda com o dr. Finocchiaro accentuando que o aspecto radiologico não tem os caracteres dos processos syphiliticos, que são mais generalizados, com lesões osteo-destructivas ao lado de lesões osteo-constructivas conferindo ao osso um aspecto differente do aspecto "pomelée" do caso presente.

O sr. presidente tece commentarios e pergunta qual foi o diagnostico final dos condylomas após o exame histo-pathologico, levantando a hypothese de haver, no caso em questão, 3 molestias differentes: o condyloma perianal sendo produzido por uma irritação chronica, a blenorragia por exemplo; uma heredo-lues revelada pela reacção de Wassermann positiva e a lesão ossea, a patellose. Concorde com o dr. Jarbas B. de Barros sobre o toque rectal que poderia trazer uma elucidação sobre o caso, e acha possivel a co-existencia de lesões secundarias e terciarias da syphilis em um mesmo doente, dizendo entretanto que, no caso em discussão, a patellose parece não ter uma etiologia luetica.

O dr. Eurico Branco Ribeiro, agradecendo os commentarios dispensados ao seu trabalho, invoca a favor da etiologia syphilitica dos condylomas a prova therapeutica pelo arsenico, sendo que os condylomas tornaram a progredir com o abandono de tal therapeutica.

## SESSÃO DE 2 DE SETEMBRO

Presidente : DR. MENDONÇA CORTEZ

**RADIOGRAPHIA DA THYREOIDE** — DR. EDUARDO COTRIM — O A. começa por agradecer a presença do prof. Raphael de Barros e do dr. Cassio Villaça. Após considerações sobre a anatomia da região anterior do pescoço passa a descrever a technica da injeção de meio de contraste para as radiographias da thyreoide. Trata-se de um methodo original ideado pelo A. e pela primeira vez

divulgado. Em seguida projecta algumas radiographias que vem illustrar o seu processo de pneumo-thyreoide.

**Discussão :** — O dr. Finocchiaro acha que o processo é de grande utilidade em casos de duvida sobre a natureza do tumor.

O prof. Raphael de Barros, tambem attribue grande valor ao methodo do dr. Eduardo Cotrim e

acha que este deveria fazer menção ao nome do seu collaborador, embora a idéa de tal processo fosse exclusiva do dr. Cotrim. Acha muito interessante o processo principalmente em casos de bocio "plongeant" nos quaes o diagnostico é por vezes difficil havendo possível confusão com os casos de persistencia de thymus, tumor intra-thoracico, molestia de Hodking. Acha o methodo bom, util e simples de executar.

O dr. Cassio Villça cumprimenta o A. concordando com o prof. Raphael de Barros sobre a utilidade do methodo principalmente para o diagnostico dos bocios mergulhantes e propõe, para facilitar a diffusão do ar, melhorando a visibilidade, collocar o paciente na posição de Trendelenburg. Não acredita que o processo permita o diagnostico differencial sobre a natureza do bocio e terminando felicita mais uma vez o A.

O dr. Eurico Bastos diz que para os cirurgiões o methodo é de grande valia, mas tem duvidas sobre si seria possível o diagnostico de bocio mergulhante, pois crê que a inserção da aponevrose na furcula esternal talvez não permita a penetração do ar, ou seja o meio de contraste.

O sr. Presidente felicita o A. encarecendo o valor do methodo para os clinicos, referindo, a proposito, um caso recente de um doente seu, ao qual indicára a thyroidectomia e ao qual, somente no acto operatorio constatou-se a existencia de um bocio penetrante na cavidade thoracica, facto que não havia sido suspeitado. Com o processo do dr. Cotrim poder-se-á traçar "a priori" o plano e a conducta cirurgica.

O dr. Eduardo Cotrim agradece os commentarios e passa a responder: Ao dr. Finocchiario que não pensa em trazer com o seu methodo um meio de diagnostico differencial; talvez mais tarde, com o apurar da technica seja possível fazel-o. Por ora, o seu processo só poderá fornecer informes sobre a morphologia do bocio. Ao prof. R. de Barros diz que por um lapso não se referiu ao dr. Pedro Ayres Netto que foi quem praticou as injeções de ar em todos os pacientes submettidos a pneumo-thyreide. Ao dr. Cassio Villça agradece as suas palavras bem como a sua suggestão de se collocar o doente na posição de Trendelenburg, prometendo experimentar nos proximos casos. Ao dr. Eurico Bastos diz que acredita na possibilidade da penetração do ar, através do espaço, intra-aponevrotico, pois o cirurgião sempre consegue um descollamento, com o dedo ou instrumento, assim tambem o ar injectado consegue expandir-se. Ao dr. Cortez agradece os commentarios achando mesmo que grande utilidade do seu methodo está justamente nos casos de bocio mergulhante, facto este que tem comprovado, controllando as suas radiographias, assistindo as intervenções cirurgicas em pacientes radiographados. Termina agradecendo a attenção dos presentes.

O sr. presidente, antes de dar por encerrada a sessão, agradece ao dr. Eduardo Cotrim por ter trazido á Sociedade as primicias da sua technica de radiographia da thyreide; agradece tambem a honrosa presença do prof. Raphael de Barros e dr. Cassio Villça.

## SESSÃO DE 16 DE SETEMBRO

Presidente: DR. MENDONÇA CORTEZ

**GRANULOMA VENEREO E ERYTHEMA NODOSO** — DR. FRANCISCO FINOCCHIARIO — O A. apresenta um 2.º caso de molestia de Nicolas -Favre complicado com erythema nodoso. Cita as

opiniões mais recentes sobre a etiologia do erythema nodoso e admite no caso presente como causa provavel do erythema e, uma peculiar sensibilidade cutanea produzida por um agente infeccioso.

**Discussão:** — O dr. Eurico Branco Ribeiro refere o caso de uma moça portadora de erythema nodoso que o procurou. Enviou a paciente ao dr. Nelson Souza Campos que, confirmando o diagnóstico, prescreveu Septicemine por via endovenosa com accentuadas e rapidas melhoras do processo. Chama a atenção dos presentes sobre tal therapeutica, rapida e efficaz.

O dr. Jarbas Barbosa de Barros acha muito interessante o trabalho do dr. Finocchiaro fazendo um appello para que este posteriormente diga qual foi a solução do caso e si foi constatada a tuberculose no caso em apreço pois na maioria dos casos de erythema nodoso tem-se evidenciado a presença da tuberculose, principalmente citados em trabalhos chilenos. Pessoalmente acredita, entretanto, na possibilidade de outras causas etiologicas que não a tuberculose.

O dr. Mendonça Cortez salienta o interesse do assumpto em questão, achando que pouco se conhece a respeito da etiologia do erythema nodoso, que pôde ser causado por reacções allergicas, mais frequente na tuberculose, mas que entretanto podem ser observadas em outros estados morbosos, a molestia de Nicolas-Favre, por exemplo.

Respondendo o dr. Finocchiaro diz que o primeiro caso que observou e tambem apresentado nesta Sociedade, está completamente curado pelo tratamento feito pelo methodo chimiophysiotherapico. Quanto a therapeutica pelo Septicemine, referido pelo dr. Eurico Branco Ribeiro, acha bastante justificavel e bem indicado, pois sendo a Septicemine um preparado de iodo só pôde beneficiar o paciente. Refere que apresentou o trabalho de hoje, porquanto até a data presente no Brasil, não foi assignalada a concomitancia do erythema nodoso e molestia de Nicolas-Favre.

## Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo

SESSÃO DE 18 DE OUTUBRO

Presidente: PROF. FLAMINIO FAVERO

### A DACTYLOSCOPIA DOS RECEM-NASCIDOS. NOVA

TECHNICA — DRS. A. MIGUEL LEÃO BRUNO e H. VEIGA DE CARVALHO — Os AA. descreveram uma nova technica de tomada de impressões digitais de recém-nascidos apoiada nas seguintes bases: emprego de um supporte, a receber a impressão, duro e perfeitamente liso e plano como, por exemplo, uma lamina de vidro das utilizadas habitualmente nos laboratorios de analyses microscopicas; feitura da impressão sem tinta de especie alguma, apenas engordurando levemente a polpa digital quando esta não apresenta o seu natural

inducto gorduroso: exame á lupa, ao microscopio, e, preferivelmente, ao epimicroscopio ("Ultrapak"). Obtêm-se, assim, impressões latentes completas que não necessitam ser reveladas e que permittem documentação de grande objectivismo. Este ponto de technica dactyloscopica, acreditado como impraticavel pelos diversos especiahistas da materia, tornado possivel pela nova technica dos AA. em observações que colheram desde o 7.º mez de vida intra-uterina, em prematuros. Os AA. apresentaram demonstração objectiva em diapositivos e epimicrophotographias.



**TRIANGULO DE BONWILL**  
— PROF. GUMERCINDO GUIMARÃES — O orador tratou do "Triangulo de Bonwill", traçado pelo methodo do autor e pelo methodo de Hawley, e apresentou, depois, uma technica propria, original, para seu traçado. O methodo de Bonwill exige, pelo menos, tres dentes labiaes e a distancia by-condyliana e o de Hawler requer os tres dentes labiaes. Ora, quando não existe aente algum é

que se torna necessario determinar a linha da arcada dentaria. Dahi a vantagem da modificação do orador, que se serve tão somente da distancia by-condyliana, segundo demonstrou praticamente no quadro negro. Discutiram o trabalho os drs. Arnaldo Amado Ferreira e Percival de Oliveira, que salientaram a importancia do mesmo para a orthodontia e para a odontologia legal.

## Rotary Club de São Paulo

SESSÃO DE 30 DE SETEMBRO

Presidente: HERMINIO GOMES MOREIRA

**EXAME ROENTGEN-PHOTOGRAPHICO THORAXICO DAS COLLECTIVIDADES, PELO PROCESSO MANOEL DE ABREU** — DR. J. M. CABELLO CAMPOS — O orador mostrou não somente a necessidade de um exame tão precoce quanto possível em relação á tuberculose, como também a possibilidade de serem radiographadas as collectividades, para fins de um diagnostico a tempo de permittir a cura dos doentes e o reconhecimento dos individuos sãos. O processo a que se referiu o orador, de autoria de illustre especialista patricio, é, além do mais, pratico, efficiente e barato. E é por isso que não somente o conferencista, como todos quantos se interessam pelo assumpto vêm nesse processo brasileiro um passo de incalculavel valor pratico no combate á tuberculose.

Commentando o assumpto, pediu a palavra o sr. Eduardo Vaz,

que muito elogiou a palestra do orador precedente, chamando também a attenção dos rotarianos para tão importante assumpto de saude publica.

O dr. Marques Simões, chefe dos serviços de tuberculose do Departamento de Saude de S. Paulo, também bordou considerações em torno do assumpto, mostrando de maneira concreta como o terrivel mal vae ganhando terreno no nosso meio. O dr. Marques Simões, agradecendo ao Rotary Club essa prova de interesse pelo magno problema da tuberculose, teve oportunidade de reiterar os seus agradecimentos também pela colaboração que o club tem prestado á construcção do dispensario "B. C. G." da Liga Paulista contra a Tuberculose, idealizado e levado a effeito pelo rotariano dr. Eduardo Vaz.

DRAGEAS — **DESENSIBILISAÇÃO** — GRANULADOS  
AOS CHOQUES

# PEPTALMINE

ENXAQUECAS

PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS

Por ASSIMILAÇÃO DEFEITUOSA

Fabricada no Brasil com licença especial e sob o controle do  
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA-Paris

Unicos distribuidores para todo o Brasil

SOCIEDADE ENILA LTDA.

174, Rua General Camargo — Caixa 484 — Rio

de Janeiro

URTICARIA

ESTROPHULOS

PRURIDOS - ECZEMAS

## Instituto Biologico

SESSÃO DE 28 DE OUTUBRO

Presidente : PROF. ROCHA LIMA

**MICROSCOPIO ELECTRONICO** — DR. A. M. PENHA — O A. proferiu uma palestra sobre o "Microscopio electronico", dentro do seguinte esquema : — Importancia da abertura numerica na formação das imagens no microscopio commun. Theoria de difração de Abbe, Recursos interpostos para augmentar o poder de resolução dos microscopios. Utilização dos raios ultra-violeta. Ondas materiaes de De Broglie ; primeiros resultados obtidos com o supermicroscopio electronico.

A communicação despertou grande interesse, sendo o assumpto discutido com minucia.

**VIRUS E ENZYMAS** — DR. J. REIS — Falou o A. sobre novos conhecimentos sobre virus, focalizando os seguintes pontos : "Virus e enzimas : dois mundos contemporaneos. De Pasteur a Stanley. Dificuldades do estudo dos virus ; a invisibilidade, a não cultivabilidade, a experimentação forçada em animaes. Visibilidade dos virus — Inclusões e corpusculos elementares — o microscopio de fluorescencia, ultra-violeta, o microscopio electronico — Purificação dos virus — methodos physicos e methodos chimicos. — Virus que são moleculas de proteínas. — Virus, ser vivo ou fermento ?"

## Faculdade de Medicina de São Paulo

CONFERENCIA EM 31 DE OUTUBRO

Presidente : PROF. CUNHA MOTTA

**PATHOGENIA DOS EDEMAS** — PROF. VOLHARD — Falou o A. a respeito das primeiras idéas sobre o assumpto e sobre a theoria de Fischer, que attribuia os edemas a uma baixa do "pH" dos tecidos. A seguir, tratou das theorias aventadas por Schade e outros especialistas da

physico-chimica, que attribuiam os edemas a uma queda da pressão coloidosmotica do sangue. Falou da questão do augmento da pressão hidrostática nos pequenos vasos. Para finalizar, fez um apanhado geral das diversas theorias, mostrando a utilidade de cada uma dellas em cada caso.

## ATROVERAN

*sem entorpecentes*

O mais energico medicamento contra os *espasmos dolorosos* do pyloro, do colon, da vesicula biliar, dos bronchios (asthma), dos ureteres, do utero, etc.

A' base de papaverina, belladonna, meimendo e boldo XX a XXX gottas por 2 a 3 vezes ao dia.

**LABORATORIO GROSS - RIO**

## Departamento de Cultura da Prefeitura Municipal

SESSÃO DE 27 DE OUTUBRO

Presidente : DR. FRANCISCO PATI

**DO CRIMINOSO NATO DE LOMBROSO A' IDE'A DAS PERSONALIDADES DELINQUENTES** — DR. E. DE AGUIAR WHITAKER — O A. iniciou sua conferencia, estudando a evolução do conceito de "criminoso". Disse, então, que, Lombroso, estudando o problema da delinquencia, lembra que, para conciliar as divergencias, para resolver o problema de se existe ou não uma verdadeira necessidade no crime e se o homem criminoso pertence a um mundo que lhe é peculiar, seria preciso deixar de lado todas as theorias philosophicas e estudar, em summa, mais do que o crime, os criminosos. Proseguindo, teceu outras considerações sobre a materia para dizer que Lombroso procurou demonstrar como a molestia se complicava nos criminosos pelo atavismo e tentou a fusão entre os conceitos de "criminoso nato" e de "louco moral". O grande criminalista via no criminoso o "louco moral" e o "epileptico". E explica a genese do "criminoso nato" como o resultado da "degeneração" somatica e psychica, consequencia necessaria da hereditariedade morbida, limitando a acção daquella : entram em jogo a parada e a assimetria do desenvolvimento, phenomenos que lhe parecem solidamente estabelecidos em base anatomica e que têm o merito de conciliar o atavismo com o estado morbido. Mais adiante, declarou o conferencista — após estudar outras observações de Lombroso — que a "Escola de Anthropologia Criminal de Roma" adoptou e desenvolveu a escola do mestre. Nos ultimos annos desenvolveu-se a phase chamada constitucional da Anthropologia criminal, baseada

no conceito da "constituição delinquencial", que, devendo entender-se como um estado de predisposição ao delicto, serviu optimamente para precisar o problema da etiologia do crime. De accordo com Di Tullio, a Constituição Delinquencia compreende as seguintes sub-divisões : de orientação simples, de orientação regressiva - atavico - hipoevolutiva, de orientação neuropsychopatica, de orientação psychopatica e mixta. A de orientação neuropsychopatica compreende a de : isteroide, neurasteniforme e epileptiforme ; a de orientação psychopatica compreende : deficitaria, obsessiva, paranoide, esquizoide e ciclotimica. A neurasteniforme subdividindo-se em astenica e irritavel ; a epileptiforme em motora e psychica. Continuando estudou cada uma dessas classificações e concluiu dizendo que, de accordo com cada um dos conceitos acima, verifica-se que a "constituição delinquencial" exprime um grupo biologico especifico, com a caracteristica fundamental da predisposição ao delicto. Estudou, depois, outras escolas de anthropologia criminal, entre as quaes a de Lenzy, a de Graz, a "Biotipologia criminal" de Leonidio Ribeiro, de Bernardinelli e de Mendonça para, depois, commentar o conceito da "A nova anthropologia criminal" de Mendes Corrêa. Disse, então, que Mendes Corrêa situa Anthropologia criminal na Anthropologia geral, considerando aquella como o ramo applicado desta ao estudo do homem delinquente. Asseverou que, "a visão panoramica que apresentamos da evolução da Anthropologia criminal de Lombroso aos nossos dias, permite fixar o seu fio conductor e directri-

zes actuaes e estabelecer as bases para novos progressos". E Mendes Corrêa dando á noção do criminoso o seu verdadeiro valor, discrimina outrossim as bases scientificas objectivas da Anthropologia criminal moderna.

Continuando, o dr. Aguiar Whittaker entrou a estudar a classificação dos criminosos e a "personalidade deliquencial", apresentando tres categorias de criminosos: accidentaes; por predisposição e psychopaticos. Os criminosos por predisposição podem ser: normaes — por influencia exogene especial (viciosa educação social ou influencia deformadora das circumstancias) e psychopatas subdividindo-se em exclusivos ou predominantes e por influencia psychopatica somada a influencias exogenas especiaes (viciosa educação social ou influencia deformadora das circumstancias).

Após tecer outros commentarios sobre a questão, o conferencista transmittiu ao auditorio observações colhidas no Gabinete e

apresentou a ficha de Arias de Oliveira, o autor dos crimes do Restaurante Chinez, classificando-as entre os "criminosos accidentaes".

Apresentou, depois, uma nova classificação — dos criminosos accidentaes — apontando-a como de grande valor pratico por permittir maior precisão a varios "itens" de importancia judicial bem assim como apontar a via a seguir do ponto de vista da luta da sociedade contra o crime.

Concluindo, disse que, da concepção de um tipo peculiar de individuos, com caracteristicas proprias, predispostos especificadamente para o crime, passou-se a idéa de um grupo sociologico de individuos, heterogeneos, predispostos ao crime por factores pessoais variados. Este grupo de criminoso, mais os accidentaes e os psychopatas, constituem o nucleo doutrinario em torno do qual gravita a moderna Anthropologia criminal e permittelhe soluções adequadas aos seus problemas practicos.

## LITERATURA MEDICA

### Livros recebidos

**Anestesia geral e parcial** — HESSE, LENDLE e SCHOEN — edição portugueza da Companhia Melhoramentos de S. Paulo (rua Libero Badaró, 443), S. Paulo, 1938.

A Companhia Melhoramentos vem de lançar no mercado mais um livro de grande alcance pratico. Trata-se da traducção portugueza que o dr. Eitel Lima e o prof. Germano Thomsen, da Universidade do Rio de Janeiro, fizeram da obra allemã de Hesse, Lendle e Schoen, intitulada "Anestesia geral e parcial". Nesse livro encontram-se todos os ensinamentos classicos e modernos indispensaveis aos que se dedicam á pratica da anesthesia, seja geral, seja parcial, tendo os autores por objectivo reunir, em unico volume, numa linguagem clara e sim-

ples, os mais singelos até aos mais intrincados problemas da anesthesia.

A obra foi dividida em tres partes: a primeira referente á Anesthesia Geral; a segunda relativa á Anesthesia Parcial, e a ultima compreendendo indicações dos varios processos de anesthesia, cabendo a Lendle a exposição da parte referente á pharmacologia dos diversos agentes chimicos empregados nos mais variados processos de anesthesia; Schoen tratou dos dos accidentes immediatos e tardios da narcose e seu tratamento e cuidou da relação entre a narcose, factores constitucionaes, endocrinicos e affecções internas; os demais capitulos foram escriptos por Hesse.

O volume contem 302 paginas e custa apenas 25\$000.

**La parasitologia en Venezuela y los trabajos del Dr. M. Nuñez Tovar** — DIEGO CARBONELL, 1 vol. 421 pag. com illustrações, Lit. del Comercio, Caracas, 1938.

Gentilmente offerecido pelo exmo. sr. presidente da Republica Venezuelense, sr. López Contreras, em nome da sra. Teresa Nuñez. exma. viuva do dr. M. Nuñez Tovar, recebemos o livro de autoria do dr. Diego Carbonell e intitulado: *La parasitologia en Venezuela y los trabajos del dr. M. Nuñez Tovar*. Como se deduz facilmente do titulo este interessante livro se divide em duas partes distinctas da primeira o dr. Diego Carbonell faz uma erudita descripção e na segunda parte são reunidos os trabalhos publicados pelo cientista venezuelense Nuñez Tovar todos elles estriktamente relacionados as questões parasitologicas locais.

A exposição do dr. Diego Carbonell nos dá a conhecer os progressos da parasitologia em Venezuela desde os seus primordios até os dias actuaes. De leitura agradável dada a simplicidade e elegancia com que foram escriptos as paginas sobre a parasitologia em Venezuela desde logo despertam o interesse do leitor pela historia das sciencias naturaes, maxime da parasitologia no paiz sul americano. Com vivacidades de expressões, expontaneidade, conhecimento grande da materia, senso critico o seu autor faz passar ante a retina do leitor a historia de parte importante da medicina em Venezuela — a medicina experimental em particular — e desta a parasitologia. Vêm descriptos dados e etapas, desde a epoca que se póde denominar de pre-cientifica em que dominavam os curandeiros e charlatães até a era scientifica actual. Nas suas paginas Carbonell pinta o cientista e a sua obra scientifica. De um lado descreve a figura do homem, do pesquisador; do outro indica quaes os fructos dos seus estudos, resultado de suas investigações. A historia da parasitologia em Venezuela é um re-

flexo das descobertas scientificas de todo o Mundo, a partir de Pasteur e a influencia destes trabalhos e investigações permittiu aos seus homens de sciencia acompanhar a evolução dos conhecimentos dando-lhes sempre uma applicação local. Não quer isso dizer lhes tenham faltado idéas creadoras e concepções originaes — ao contrario muitas vezes como se depreheende do relato de Carbonell ellas existem quer do ponto de vista doutrinario, philosophico ou historico. De outro lado fica bem evidenciado pela narração de Carbonell que a parasitologia teve que se desenvolver concomittantemente ás sciencias correlatas — microbiologia, histologia, anatomopathologia e assim, como era de se esperar, assiste-se pela descripção do A. a formação destas sciencias basicas da medicina em Venezuela. Em rapidos esboços biographicos são passados successivamente em revista as figuras de José Maria Vargas, Pedro Darder, Luis Daniel Beauperthy, José Gregorio Hernandez, Santos A. Dominici, cognominado o Laveran venezuelano, F. A. Risques, Rafael Rangel, Manoel Nuñez Tovar, todos tendo contribuido com grande somma de trabalhos e estudos para o progresso da sciencia de sua patria. Particularmente estudado é o cientista Nuñez Tovar cuja biographia mais augmentada, desde logo informa o leitor do valor do personagem. Nuñez Tovar foi um apaixonado entomologo venezuelense a quem a sciencia ficou devendo contribuições valiosas. Seus estudos continuados por longos annos visaram sobretudo o conhecimento da forma entomologica de Venezuela. Dedicou-se sobretudo a systematica tendo descripto só ou em collaboração com Lutz e Dyon varias especies novas. Sua colleção de insectos muito valiosa foi adquirida pelo governo nacional. Carbonell reproduz varios documentos pertencentes a correspondencia scientifica de Nuñez Tovar. Dentre esta encontra-se uma interessante carta de Adolpho Lutz. Terminando a sua

narrativa Carbonell enfileira o nome dos actuaes parasitologistas venezuelanos dando uma noticia das principaes questões parasitológicas em estudo.

A segunda parte do livro consta, como dissemos, da reunião dos trabalhos de Nunez Tovar. Na impossibilidade de resumil-os passamos a referir os seus titulos que por si só mostram o valor do que encerram.

1. Presentacion de los anofelinos. 2. Insectos venezolanos transmissores de enfermedades. 3. Notas de Historia Natural. 4. Mosquitos e Flebotomos. 5. Indice dipterologico. 6. Notas sobre insectos hematofagos. 7. Contribuicion para el estudio de los dipteros. 8. Revision de los mosquitos de la fauna venezolana. — J. A. M.

## IMPrensa MEDICA PAULISTA

### Summario dos ultimos numeros

**Archivos de Biologia**, XXII, 173-196, setembro 1938.

Sobre um caso de dysentheria balantidiana observado em S. Paulo — A. Carini; Etio-patogenia da enxaqueca — Mauro de Barros; O corante eosina e sua deficiencia na coloração-contraste de cortes de material fixados em formol — José Faraeo.

**Archivos de Policia e Identificação**, I, 193-543, n.º 2, 1937.

— Psychiatria e Medicina Legal — J. Veiga de Carvalho; Revelação de impressões digitais em pannos — R. Gumbleton Daunt; Anthropologia criminal — O. de Godoy; Das vantagens e necessidades de um exame mental systematico dos criminosos. Considerações em torno de um homicidio recente — E. de Aguiar Whitaker; Exame pericial odontológico dos perfis craneo-faciaes do Desconhecido de Collegno e de Mario Bruneri — L. Silva; Autoria de um roubo estabelecida pela pesquisa monodactylar — R. Thut; Identificação de um esqueleto pela existencia de um processo pathologico da mandibula — O. de Godoy; Organização da "Secção de Psychologia applicada e Neuro-psychiatria" do "Laboratorio de Anthropologia" anexo ao "Serviço de Identificação do Gabinete de Investigações de São Paulo". A prostiui-

ção em face da Odontologia legal — L. Silva; Modificação no dispositivo "Belun" da camara "Leica" para photographias de impressões papillares nos locais de crime — R. Firpo; A Philatelia no terreno judiciario — R. Thut; O conceito de mythomania integrado nas modernas correntes psychologicas — E. de Aguiar Whitaker; Homens e sosias animais — L. Silva; Identificação de cadaveres desconhecidos — C. Coelho; Investigação de paternidade. Identificação, por meio dos caracteres hereditarios dos maxillares, de duas creanças, trocadas em uma maternidade — A. Kadner.

**Archivos de Botanica do Estado de S. Paulo**, I, 1-38, agosto 1938. — Cincoenta e uma novas especies da flora do Brasil e outras descrições e illustrações — F. C. Hoehne.

**Gazeta Clinica**, XXXVI, 325-358, setembro 1938. — Biologia infantil em criminologia — R. Paulo de Noronha.

**Odontologia Moderna**, XII, 1-56, junho-agosto, 1938. — A diathermo-coagulação e a diathermo-esterisacão em odontologia — Annibal Fragali; Ozonetherapia — N. Raimo; O rícenoleato de sodio em odontologia — Carlos S. Cunha.

**Pediatria Pratica**, IX, 295-396, julho-agosto 1938. — Es-  
tenose hipertrofica do piloro —  
Mario Ottobri Costa; Consi-  
derações sobre o metabolismo das  
vitaminas nos lactentes — Vi-  
cente Baptista; Meningites pa-  
rotidianas — Gomes de Mattos e  
J. Woiski; A proposito de enu-  
resis e spina bifida occulta — J.  
Leme da Fonseca.

**Publicações Medicas**, X, 1-84,  
agosto 1938. — Anesthesia pe-  
ridural em urologia — Eduardo  
W. de Souza Aranha; Papel da  
hereditariedade nas doenças men-  
taes — J. Mariz; Um caso de  
dolico-sigmoide com diverticulo se-  
ptado gigante — Geraldo Alber-  
naz e Pedro Salles; Planigraphias  
ou estratigraphias — Milton de  
Macedo Soares.

**Resenha Clinico-Scientifica**,  
VII, 403-445, 1 outubro 1938. —  
As supurações crônicas do pul-  
mão — Domenico Cesar Bianchi;  
Vitaminas e avitaminoses obstet-  
ricas — Fernando de Magalhães;  
Sobre a morfologia geral dos es-  
tados precancerosos — Mario Chio-  
venda; Tumor sifilítico do es-  
tomago — Aleixo delmanto.

**Revista da Associação Paulista  
de Medicina**, XIII, 1-71, ju-  
lho 1938. — Aspectos epidemiolo-  
gicos da peste do Nordeste —  
Marcello Silva Jr.; O signal de  
Babinski da mão — Adherbal  
Tolosa; Contribuição ao estudo  
da epidemia de febre amarella  
silvestre observada em Cambará,  
Estado do Paraná — J. Reynal-  
do Marcondes.

**Revista Brasileira de Lepro-  
logia**, VI, 225-386, setembro 1938.  
— Classification des formes cli-  
niques de lepre — P. L. Balina  
et G. Basombrio; Une classifi-  
cation clinico-epidemiologique des  
formes de la lepre — E. Rabello  
et Rabello Jr.; Estudos sobre as  
reações tuberculinicas na lepra  
— A. Rotberg; Pesquisas sobre  
a lepra murina. Eliminação de  
"virus" — J. M. Gomes; Etiolo-  
gie générale et pathogenie de la

lepre tuberculoide — Rabello Jr.;  
A reacção de Lleras Acosta na  
leprose — Paulo C. R. Pereira;  
Um interessante caso de lepra  
mista — Gil C. Cerqueira; Ke-  
ratose pilar condicionada por le-  
promas em acromegalico — Ar-  
gemiro R. Souza.

**Revista de Gastro-enterologia  
de São Paulo**, I, 117-160, ago-  
sto 1938. — Considerações sobre  
o tratamento da obesidade pela  
proteinoterapia — René Barreto  
Filho; Reações do Pneumogast-  
rico nas afeções gastricas — Nel-  
son F. Carvalho; Metabolismo  
basal — Vasco Ferraz Costa;  
Um novo agente terapeutico das  
amebiasas — Celestino Bourroul;  
Alimentação no meio operario de  
São Paulo — Thiers Ferraz Lopes.

**Revista Clinica de São Paulo**,  
IV, 90-130, setembro 1938. —  
Capillaroscopia clinica — Mario  
Ottobri Costa; Contribuição ao  
tratamento das fraturas pertro-  
canterianas do femur — F. E.  
Godoy Moreira; O abscesso do  
pulmão — Sylvio L. do Amaral e  
L. Mendonça de Barros.

**Revista do Museu Paulista**,  
XXII, 1-566, 1938 — Catalogo  
das Aves do Brasil (1.<sup>a</sup> parte) —  
Oliverio M. de Oliveira Pinto.

**Revista Oto-Laringologica de  
S. Paulo**, VI, 185-258, maio-  
junho 1938. — Estudo clinico ra-  
diologico dos tumores da região  
craneo-faringea — Paulo de Al-  
meida Toledo e Carlos Gama;  
A angina de Plaut-Vincent e suas  
complicações — Helio Lemos Lo-  
pes; Enfisema cirurgico na ami-  
gdalectomia — Francisco Har-  
tung.

259-351, julho-agosto, 1938.

Contribuição da Oto-rino-larin-  
gologia ao diagnostico das affec-  
ções bulbo-protuberanciaes — Ma-  
rio Ottoni de Rezende.

**Revista Paulista de Tisiolo-  
gia**, IV, 258-328, julho-agosto 1938  
— Thoracoplastia antero lateral



elastica — C. Comenale Filho; Diagnostico da tuberculose infantil — Geraldo Franco; Influencia das diferentes posições na altura e movimentação do diaphragma. Sua importancia para a cura de repouso, principalmente para os phrenicectomizados — Decio Queiroz Telles e Fleury de Oliveira; Considerações epidemiologicas sobre a tuberculose infantil em São Paulo — Vicente Lara.

São Paulo Medico, 1-78, julho-agosto 1938. — Perversão de instinctos e de caracter consequente a encefalite epidemica na infancia. Homicidio — Anibal Silveira e Luiz Pinto de Toledo; Cataplexia de causa mecanica. Perda subita e momentanea do tonus de attitude por percussão do craneo — E. Vampré e A. Tolosa; Bloqueio sino-auricular — Eduardo Monteiro e Paulo Almeida Toledo.

## VIDA MEDICA PAULISTA

### Prophylaxia da Peste

**As actividades do Departamento de Saude de S. Paulo** — Esteve em fins de outubro em visita official á Secção de Epidemiologia e Prophylaxia Geraes, com o intuito de inspecionar o serviço de prophylaxia da peste, neste Estado, o sr. dr. John D. Long, que, acompanhado do sr. dr. Raul Braga Godinho, director do Departamento de Saude do Estado, percorreu demoradamente todas as dependencias daquella repartição.

O visitante, que representa em caracter official a Commissão Pan-Americana de Estudos contra a Peste, foi recebido pelo director da secção dr. Valdomiro de Oliveira, interessando-se, particularmente, pelos trabalhos que se vêm desenvolvendo ha quasi dois lustros, referentes á prophylaxia da peste no Estado de São Paulo.

O sr. dr. John Long, que tem se distinguido como um scientista de renome e de profundos conhecimentos, revelados através de innumeras conferencias e congressos medicos de que tem participado observou com attenção e longamente os indices poulicidianos e todos os demais dados que diziam respeito á prophylaxia da peste, cifras e estatisticas na Capital, sobre combate systematico aos ratos; levantamento constante dos indices poulicidianos dos

armazens suspeitos; exames constantes de ratos mortos ou vivos e vacinação das pessoas em perigo de contágio.

No que se refere ao combate dos ratos, verificou as seguintes cifras a partir do anno de 1930 até 1933: 7.133, 3.886, 4.177 e 5.100.

O indice poulicidiano revelou media entre os annos de 34 e 38 de 9,3m 1934; 10% em 1935; 10,2% em 1936; 16,13% em 1937, verificando-se no primeiro semestre do corrente anno media de 6,4%.

Os dados sobre ratos examinados, registram um total de 800 em 1934; 1.834 em 1935; 2.038 em 1936; e 1.685 em 1937, perfazendo a cifra de 983 durante o primeiro semestre do corrente anno. Do indice poulicidiano, destacando-se a pulga transmissora da peste bubonica (*X. Cheopis*), temos: 3,98% no anno de 1934; 2,95%, 1,89%, 2,21%, 0,90, % para os subsequentes. Nota-se diminuição na estatistica de casos verificados de peste em geral, bubonica ou pneumonica, tendo sido observados: 25 casos em 1930, 2 em 1931, 3 em 1932, 2 em 1933, 2 em 1934, 2 em 1935, 26 em 1936 (surto), 1 em 1937 e nenhum no corrente anno.

A vacinação antipestosa, foi procedida na seguinte quota: 46

em 1930; 121 em 1931; 190 em 1930; 121 em 1931; 190 em 1932; nenhum em 1933; 328 em 1934; nenhum em 1935; 29,464 em 1936; 5.341 em 1937; não se procedeu ainda á estatística correspondente á 1938.

O sr. dr. John Long apreciou devidamente todo o trabalho, incentivando com sua palavra de entusiasmo o proseguimento do serviço, a afim de que seja exterminada de vez a possibi-

lidade de um novo surto epidemico.

O dr. Long, acompanhado pelo dr. Raul Godinho, director do Departamento de Saude do Estado, do dr. Humberto Pascale, director do Serviço do Interior, e do dr. Valdomiro de Oliveira, director da Secção de Epidemiologia, visitou tambem, detalhadamente a organização do serviço de peste bubonica da vizinha cidade de Santos.

## Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

**Homenagem ao prof. Tanner de Abreu** — A sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo, em sua sessão ordinaria de 12 de outubro ultimo approvou unanimemente, a seguinte proposta :

*"Proposta para socio honorario* — Tendo o Exmo. Sr. Prof. Dr. Henrique Tanner de Abreu, no dia 12 do corrente, attingido a idade de jubilação compulsoria em sua cathedra de medicina legal da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro, e,

Considerando que, durante toda a sua longe e fecunda actividade docente, de cerca de 40 annos, como preparador, professor substituto e professor cathedratico, o eminente mestre teve marcada a brilhante projecção no exercicio de suas funcções ;

Considerando, ainda, que a medicina legal lhe é devedora do maior reconhecimento, pela dedicação extremada com que a serviu nesse lapso de tempo ;

Considerando mais que o distincto professor é socio correspondente da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, cuja tribuna já foi honrada com a sua presença em notavel conferencia proferida, e

Considerando, por fim, que esta Sociedade deseja expressar ao seu preclaro socio, da melhor

fórma que lhe é possivel, a sua admiração, estima e respeito,

RESOLVE conferir ao Exmo. Sr. Prof. Dr. Henrique Tanner de Abreu, nos termos do artigo 5.º dos Estatutos, o titulo de Socio Honorario. Sala das sessões, 18 de outubro de 1938. (aa) Flaminio Favero, Arnaldo Amado Ferreira, J. Toledo Mello, José Oria, Elisa Novah, Demosthenes Orsini, Renato Locchi, Manuel Pereira, Odorico Machado Souza, Olavo Marcondes Calazans, Milton do Amaral, Oscar de Godoy, Hilario Veiga de Carvalho, Rubens Azzi Leal, Romeu Petrocchi, Raul Leme Monteiro, José Martiniano de Alencar, Joaquim Canuto Mendes de Almeida, Armando Cardarelli, J. B. de Souza Aranha, Oswaldo Cezar Berenguer, Alvaro Couto Britto, E. de Aguiar Whitaker, Pedro Moncau Junior, Ricardo Gumbleton Daunt, Antonio Miguel Leão Bruno, Percival de Oliveira, Moysés Marx, Renato Costa Bomfim, Boaventura Nogueira da Silva".

A Sociedade é parcimoniosa na concessão desse titulo, bastando considerar que, em 17 annos de existencia, apenas duas vezes o fez : uma para o prof. Tanner de Abreu e outra para o Prof. Afranio Peixoto. Isto demonstra que, ao tomar tal resolução, o fez sempre com acerto.

## NOTAS THERAPEUTICAS

## Sobre um caso de choréa de Sydenham

**Tratamento com o Solusalvarsan** — Escreve o dr. Octaviano Gaiarsa: "Por se tratar de um caso bem interessante, passo a relatá-lo com os detalhes que elle merece.

No dia 16 de Setembro p. p. fomos vêr uma menina (A. T.) de 12 annos, que apresentava todos os signaes da choréa minor ou molestia de S. Vito. A menina era presa de movimentos desordenados involuntarios e rapidos dos membros superiores e inferiores. A cabeça e os musculos da face não apresentavam qualquer participação no quadro observado.

A temperatura era de 37,°2. A menina não se sentia com forças para ficar sentada ou de pé; além dos movimentos choreicos, notava-se uma flacidez generalizada dos musculos voluntarios. Do exame e do historico, conseguimos apurar o seguinte: Com 11 mezes, teve diptheria, no decorrer da qual teve que ser tracheotomizada para poder sobreviver. Com 6 annos, soffreu um pequeno accidente; um tijolo cahiu-lhe sobre a cabeça, produzindo um ferimento na região parieto-temporal esquerda; a cicatrização foi rapida. Depois disso teve dois "ataques". A familia não sabe precisar os detalhes a esse respeito.

Examinando a menina, notámos: uma constituição fraquinha e panículo adiposo escassissimo; anemia com a taxa de hemoglobina ao redor de 65/70% (Tallquist); grandes ganglios submaxillares de ambos os lados; respiração irregular, "saccadée", propria da molestia; coração batendo rythmicamente 90/95 vezes por minuto; sopro diastolico intenso e agudo na ponta. Reflexos conservados e normaes, articulação da pyllyra impossivel embora a menina fizesse esforços

para tal. Accenava pouco e mal com a cabeça ás perguntas que se faziam. Syncinesias generalizadas.

Por ser uma doente desprovida de recursos, procurámos uma casa de productos medicamentosos para que nos fornecesse algumas amostras.

A Casa Bayer de São Paulo, forneceu-nos gentilmente 5 ampolas de Solusalvarsan em doses crescentes, concitando-nos a fazer uma confirmação de trabalhos anteriores.

No dia 17-IX, dêmos a primeira inj. na massa dos gluteos na dose de 0,5 c. c. No dia seguinte (!) os paes da menina me communicam que a menina já emite monosyllabos e procura sentar-se.

No dia 21, injecto 1 c. c. As melhoras se accentuam cada vez mais; os movimentos se tornam menos amplos e a menina sorri com algum desembaraço. tem muito appetite e já chama em voz alta embora com arrancoes entre as syllabas.

No dia 26, 3,ª injectão, 1 c. c. Tudo vae bem. Os movimentos são muito discretos, apenas perceptíveis nas mãos e nos pés. A menina pronuncia com alguma excitação, dissyllabos e trissyllabos. Já tem forças para dar alguns passos pelo quarto. A fraqueza muscular e a desnutrição geral impedem-n'a de arriscar-se mais.

Emfim, no dia 1 de X injecto a 4.ª dose, de 1 c. c. de solusalvarsan pois a menina queixou-se de perturbações da vista.

Dahi por diante, e com o auxilio de tonicos geraes e antianemicos (ferro, cobre, figado e etc) a menina está adquirindo paulatinamente as forças, tanto que no dia 8 de Setembro (21 dias após a primeira injectão de Solusalvarsan) sae pelo quintal sozinha, passando a maior parte do tempo de pé.

Constatámos, assim, uma cura verdadeiramente notavel, de uma molestia que tanto trabalho tem dado aos clinicos, dentro e fóra da especialidade. Dados os meios precarios de que dispõem o clinico para o tratamento desse mal, não duvidamos em affirmar que, nas preparações arsenicaes do typo que empregamos neste caso, está mais uma arma de que se pôde lançar mão com vantagem sobre os demais medicamentos até agora usados com duvidas e com insuccessos.

Resta saber porque o effeito se faz sentir tão rapidamente com esta medicação empregada, emquanto que, com as outras, o effeito é mais demorado e mais precario. Tratar-se-ia de um effeito especial da fórmula 4-oxyarseno, constituinte principal do Solusalvarsan? Estaria em causa um mal de fundo luetico hereditario em que, naturalmente, o tratamento arseno-benzolico seria o mais indicado na maior parte dos casos de *choréa minor*?"

**NEURILAN**

*Poderoso calmante do  
sistema neuro-vegetativo.*

*Indicado na excitação nervosa,  
nos desequilíbrios vasomoto-  
res, palpitações, insônia,  
dyspepsia nervosa.*

*A base de estroncio bromado,  
crataegus, leptolobium, meimendo*

*Dose 1 a 2 colheres das de chá em agua  
assucarada às refeições*

**LAB. GROSS-RIO**

**NAO DEPRIMENTE**

**NEURILAN**

## ARTEFACTOS DE BORRACHA

LUVAS DE BORRACHA PARA CIRURGIA. TUBOS  
DE BORRACHA PARA TODOS OS FINS. BICOS E  
CHUPETAS. ROLIHAS DE BORRACHA. DEDEIRAS  
*Varios artigos para laboratorio e pharmacia*

**Genesio Figueirôa & Filho**

CAIXA POSTAL, 1256

Rua Florencio de Abreu N.º 32 — São Paulo

**S** **SULFIBILINA**

**o melhor regulador do fígado e do intestino**

*Enxofre colloidal, bile,  
boldo, combretum,  
podophyllum,  
belladonna*

*Dose: 1 a 4 drageas  
após as refeições*

**Laboratorio Gross-Rio de Janeiro**



# TENIFUGO VIOLANI

Preparazione speciale del Chimico Farmacista G. VIOLANI - Milano

È prescritto da oltre cinquant'anni dalle primarie autorità mediche, con piena e costante fiducia quale **UNICO RIMEDIO VERAMENTE SICURO, PRONTO ed INNOCUO** contro la

## TENIA o VERME SOLITARIO

L'espulsione della tenia con la testa si ottiene nello spazio di un'ora. - Una dose è sufficiente. Si somministra anche ai bambini ed alle persone deboli ed esaurite, senza dar luogo a disturbi di sorta. Il **TENIFUGO VIOLANI** è di **SICURA EFFICACIA** anche contro l'**Anchilostoma** e il **Tricocefalo**.

DEPOSITO em Curityba.

Laboratorio Pharmaceutico PEDRO VIOLANI, Caixa Postal, 188.

# RAIOS X

**Dr. J. M. Cabello Campos**

MEDICO-RADIOLOGISTA

Radio-Diagnostico — Exames  
Radiologicos a domicilio



Consultorio :

RUA B. DE ITAPETININGA, 50

(Casa Alves de Lima)

3.ª AND. — SALAS 314 e 318

Telephone : 4-0655

Residencia

RUA TUPY, 593

Telephone : 5-4941

SÃO PAULO

## O MELHOR PREPARADO DE BISMUTHO DA ACTUALIDADE

# PHOSPHOBISMOL

Injeções indolores poderosamente antisyphiliticas e tónicas nervinas  
*Tres injeções musculares por semana*

Laboratório Gra...







JAN 24 1939

# ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECTOR: **Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO**

Caixa Postal, 1574 — S. PAULO (Brasil)

Assignaturas: Por 1 anno . . . . 30\$000. Por 2 annos . . . . 50\$000.

L. XXXVI

Dezembro de 1938

N. 6

Não diga "uma colher", mas sim  
"uma colherada" de



## PHILERGON

ENERGICO REVIGORANTE  
NEURO-MUSCULAR

**ADULTOS:**

*Uma colherada das de sopa antes das refeições.*

**CREANÇAS DE MAIS DE 5 ANOS:**

*Uma colherada das de sobremesa antes das refeições.*

## Nova orientação no tratamento da gastrite, da hyperacidéz e da ulcera gastrica ou duodenal

### COMPOSIÇÃO

#### SALVACID PILLULAS:

*bile dessecada, acido acetyl-glycocholic, tuyon-choliglycina, carbonato de Ca, bicarbonato de Na, gluciricina.*

(2 a 3 pillulas depois das refeições).

#### SALVACID INJECTAVEL:

*tuyon-choliglycina, cholesterina, azeite neutro.*

(Injecções em dias alternados).

#### DURAÇÃO DO TRATAMENTO:

6 a 8 semanas

#### MECANISMO DE ACÇÃO:

1. A bile dessecada (boi) é um amargo, cholagogo, estimulante dos fermentos, adjuvante das reacções digestivas. SALVACID substitue assim o refluxo duodenal, e tem papel anti-peptico (annula a acção nociva da pepsina acida — Bécart).
2. A tuyon-choliglycina (tétra-acethyl-glycocholy-thuijilamina) extraída da salva, possui propriedades anti-espasmodicas comparaveis ás da atropina, mas com vantagens, pois não se oppõe ao refluxo duodenal.
3. O acido acetyl-glycocholic é um excitante billar, um descongestionante hepatico e um antiseptico. Ao mesmo tempo promove a absorção e accumulo da cholesterina.
4. A quantidade minima de alcalis serve para melhorar a eliminação dos bichloreto. Csaki e Molnar provaram que doses grandes provocam o contrario: retenção de bichloreto e condição melhor para a produção de acido.



Fabricantes:

**TRES S/A.**  
BUDAPEST - HUNGRIA

Representantes:

**REMEDIA**  
CAIXA POSTAL, 3127 - S. PAULO





## Summario:

	PAG.
O comprimento util da sonda duodenal. — DR. F. CINTRA DO PRADO. . . . .	543
Anesthesia peridural. — DRS. ENOS C. F. MONDADORI E JOSÉ DE FREITAS. . . . .	549
Exame roentgen — photographico das collectividades pelo processo Manoel de Abreu. — DR. JOSÉ MARIA CABELLO CAMPOS. . . . .	563
Arteriographia. — DR. MOYSÉS BARMAN. . . . .	567
Kysto solitario do humerus curado espontaneamente. — DR. DOMINGOS DEFINE. . . . .	583
Pathologia e tratamento cirurgico das affecções articulares — DR. EDGARD PINTO DE SOUZA. . . . .	589
Movimento scientifico paulista. . . . .	621
Literatura medica. . . . .	644
Imprensa medica paulista. . . . .	646
Vida medica paulista. . . . .	648
Notas therapeuticas. . . . .	650

## CITAÇÃO BIBLIOGRAPHICA

Pedimos encarecidamente aos nossos collaboradores que ao fazerem *citação bibliographica* obedeçam rigorosamente ás seguintes normas:

### I. Quando se trata de PUBLICAÇÕES PERIODICAS:

Nome do autor;  
 Titulo do artigo (em italico ou entre aspas);  
 Nome do jornal ou revista e lugar onde é editado;  
 Volume (em algarismos romanos);  
 Pagina (em algarismos arabicos);  
 Mês (dia do mês, si possivel); e  
 Anno.

*Exemplo:* EURICO BRANCO RIBEIRO: "Adenocarcinoma primitivo da vesicula biliaria", Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, S. Paulo, XXVII, 431, abril de 1934.

### II. Quando se trata de LIVROS E MONOGRAPHIAS:

Autor;  
 Titulo da obra (em italico ou entre aspas);  
 Edição (si não for a primeira);  
 Volume (em algarismos romanos);  
 Pagina (em algarismos arabicos);  
 Editor;  
 Cidade; e  
 Anno.

*Exemplo:* EURICO BRANCO RIBEIRO: *Estudos Cirurgicos*, I, 231, Sociedade Editora Medica Ltda., São Paulo, 1934.

*Um novo rumo  
no combate à dor*

**sem alcaloides nem ácido barbitúrico,**  
aproveitando o moderno e conceituado es-  
pasmolítico Octinum "Knoll" (em combinação  
com a dimetilaminofenildimetilpirazolona)

## **Gotas de Octirona**



**Indicações:**

Enxaquecas, nevralgias, dores de cabeça,  
dores espasmodicas, dismenorreia, dores de  
dentes etc.

Posologia individual: 10 a 20 gotas, em caso de  
necessidade até 4 vezes ao dia.

Embalagem original: Vidros com 10 c. c.

**KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN <sup>S</sup>/O RHENO**

*Para amostras e literatura é favor dirigir-se à Caixa Postal, 1469, Rio de Janeiro.  
Em S. Paulo: Av. Brig. Lutz Antonio, 72 — Phone: 2-2602 — Caixa Postal 3943.*

NA GRIPPE, PNEUMONIA, BRONCHITE AGUDA E CRONICA,  
BEM COMO NAS COMPLICAÇÕES POST-OPERATORIAS,

*Cyclosol*

E' EXCELLENTE MEDICAMENTO.

\*

NA SYPHILIS NERVOSA, CUTANEA E VISCERAL

**BINATRIUM** (tartaro bismuthato de sodio)

SAL SOLUVEL DE BISMUTHO,

E' INFALLIVEL E COMPLETAMENTE INDOLOR.



*Instituto Biotherapico Brasileiro*

DIRECCAO SCIENTIFICA

DR. A. MACIEL DE CASTRO Phco. CLOVIS RIBEIRO VIEIRA

Diplomados pelo Instituto de Manguinhos

PARA AMOSTRAS :

Deposito em S. Paulo :

RUA JOSE BONIFACIO, 233 - 8.º and., salas 801 a 806 — Phone, 2-7955

**DEXTROSOL**

(Glucose - d)



A' venda nas melhores farmacias e drogarias

**REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.**

CAIXA POSTAL, 2972 — SÃO PAULO



A moderna vaccinothérapie não deve  
produzir choque febril

*As*  
"Vaccinas Curativas Lancisi"

*são isentas de choque colloidoclasico*

---

"VACCINA LANCISI  
ANTIPYGENA POLYVALENTE"

NOVA CONFECÇÃO :

Caixa de 5 amp. de 2 cc.  
de dose unica

Injectaveis por via hypodermica, intramuscular,  
endovenosa ou pelvica

---

*Outras variedades :*

GONOCOCCICA NORMAL  
GONOCOCCICA FORTE  
ANTITYPHOIDE POLYVALENTE  
ESTREPTOCOCCICA  
ESTAPHYLOCOCCICA

*Em caixas de 12 amp. de 1 cc. em doses progressivas*

---

**Vicente Amato Sobrinho & Cia.**

Praça da Sé, 20 — Caixa Postal 2438 — São Paulo

Secção de Propaganda — Tel. 7-2397

Filial : Av. Nilo Peçanha, 155 — Edifício Nilomer

Tel. 48-1916 — Rio de Janeiro

Todas as modalidades da *SIFILIS* são influenciadas de modo notavel pelo

## **NATROL**

*(Tártaro-bismutato de sódio hidro-soluvel)*

*Empôlas de 2cc.=0,038 Bi*

Rápida negatificação da R. Wassermann, na lues primária e secundária.

*Tolerância perfeita*, até por via intravenosa.

*Encontravel no "liquor"* às primeiras injeções.

*POMADA DE NATROL* — Cicatrizante enérgico.

CARLOS DA SILVA ARAUJO S.A.

Caixa Postal, 163

Rio de Janeiro

Deposito em S. PAULO: Rua 11 de Agosto, 35



## Entérites

Dermatoses

Colites

Lactéol=Comprimidos  
Lactéol=Granulado  
Lactéol=Líquido  
do Dr BOUCARD

Gastro-

Entérites

das crianças de peito

Auto-Intoxicações

30, Rue Singer - PARIS



*Drs.*  
*M. O. Roxo Nobre*  
*e Raul Braga*

## **RADIOTHERAPIA**

*Instalação para tratamento radiológico, profundo e superficial. — Aplicações de doses fraccionadas e protraídas na therapeutica dos tumores. — Tratamento de affecções neurologicas, clinicas e post-operatorias. — Therapia superficial em todas as indicações dermatologicas.*

**Moderna aparelhagem Siemens e Reiniger**

**RUA SENADOR PAULO EGYDIO, 15. SALAS 607-9. PHONE: 2-5831**

*Das 14 ás 17 horas*

## **INSTITUTO BIOS**

**M. VIANNA & CIA. LTDA.**  
**RUA DR. OCTAVIO CARNEIRO, 130 - NITEROI**

*Um producto que vem impressionando a classe medica pelos seus effeitos maravilhosos:*

### **HEMO-HORMON** **(HORMONIO HEMATOGENICO)**

**6 AMP. DE 5 c.c.**

*Alem de substituir as transfusões de sangue nos seus effeitos, tem a vantagem do preco e manipulação facil.*

*Indicado em todos os typos de anemias e como estimulante das defesas naturaes do organismo.*

**A' VENDA EM TODAS AS DROGARIAS**

**DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO:**  
**D. CIRILLO**

**RUA QUIRINO DE ANDRADE, 211**  
**TELEPHONE. 2-1400**

**CAIXA POSTAL. 3249**  
**S. PAULO**

## SANATORIO BOTAFOGO S. A.

*Direção:* PROFS. A. AUSTREGESILIO  
PERNAMBUCO FILHO  
ADAUTO BOTELHO

---

# CONVULSANETAS

Epilepsia - Coréa - Parkinsonismo  
Angustia - Ansiedade - Insomnia  
Hyperemotividade - Excitações  
nervosas - Convulsões.

Vidro com 36 comprimidos — Associação de Phenil-Ethil-Malonil-Uréa,  
Tartarato Borico Potassico, Belladona, Meimendro, Saes de Calcio.

**VENDA LIVRE**

## INSTITUTO SCIENTIFICO BRASILEIRO

*Direção científica:* PROF. EURICO VILLELA

---

*Formula ideal no tratamento da Syphilis*

# NÉO-SOROSOL

*Sulfureto de mercurio colloidal*

*2cc  $\equiv$  2 ctgrs. HgS*

Em todos os periodos

Sem accidentes

Em todas as idades

Sem reacção

Com segurança

Sem dôr

Com efficacia

*Amostras e literaturas:* MAURICIO VILLELA - Caixa Postal, 2881 - Rio de Janeiro  
ALFREDO GEISSLER & CIA. - Rua Independencia, 135-137 - São Paulo

## O medico

que não tem um jardinzinho ou um palmo de chão onde aplicar os sabios conselhos da CHA. E QUI. sobre flores, hortaliças, galinhas, coelhos, abelhas, plantas medicinais, etc. certamente terá no consultório uma sala de espera aonde a CHA. E QUI. será como um chamariz de felicidade pela sadia alegria que emana de todas as suas paginas.

---

Peça um numero de ensaio se não conhece esta Revista embora em 1939 entrará no seu 30.º ano de existencia bemfazeja.

Assinatura 1939: 20\$000 (publica todos os dias quinze do mês, um fasciculo ilustrado, contendo no minimo 130 paginas, cheias de gravuras tambem em cores.)

★

### Revista "Chacaras e Quintais"

Caixa Quadrupla ii  
São Paulo - Brasil

Séde em prédios próprios na  
Rua Assembléa, 54

Leiam a

## REVISTA DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

*Ella encerra toda a  
actividade scientifica da  
Associação Paulista  
de Medicina*

★

**Desejando receber-a**

*escreva para :*

**Caixa Postal, 2103  
S. Paulo-Brasil**

## LABORATORIO de ANALYSES

RUA BARÃO DE ITAPETININGA, 120

SALA, 415 -- TELEPHONE 4-5753

S. PAULO

---

Anatomia Pathologica

**Dr. M. J. C. Monteiro de Barros Netto**

Analyses Clinicas

**Dr. Sylvio Costa Boock**

# ANESTHESIA

GERAL

LOCAL

Balsoforme

Kelene gorgul

Ether anesthesico  
Rhodica

Chloroformio Specia

Scurocaine

Kelene local

Slovaine  
Billon

PUREZA E

EFFICACIA



CORRESPONDENCIA: *Rhodia*

CAIXA POSTAL, 2916 - SÃO PAULO.

# DYNIODO

Soro tonico iodado  
*Injecções indolores musculares*

Associação  
da influencia analgesica,  
antirheumatica e hypotensiva  
do  
iodeto de sodio  
à acção tonica nervina do  
glycerophosphato de sodio

Laboratorio *Gross-Rio*







# LEUKOTROPIN "SILBE"

**Fenilcinconato de hexametilentetramina**

## INDICAÇÕES:

**ARTICULAÇÕES:** artrite e poliartrite reumática; artrite úrica e blenorragica, lumbago.

**MUCOSAS:** rinite, bronquite, laringite, amigdalite, conjuntivite, otite media.

**MEMBRANAS SEROSAS:** pleurite, pericardite.

**PELE:** eczema agudo e crônico.

**GANGLIOS LINFATICOS:** Linfângite e linfadenite.

**VASOS:** flebite.

**SISTEMA NERVOSO:** encefalite letárgica, herpes zooster, herpes corneae, neurite optica, nevralgias, ciática.

**VIAS BILIARES:** colecistite.

**SEIOS DO CRANEO E DA FACE:** sinusite, mastoidite.

**APARELHO PULMONAR:** pneumonia, broncopneumonia.

**APARELHO GENITO-URINARIO:** pielite, cistite, orquite.

**CONTRA-INDICAÇÃO:** asma bronquial.

---

### REMEDIA

Caixa Postal, 3127 - Tel. 2-8004  
SÃO PAULO

### A CHIMICA MEDICA

Caixa Postal, 1107  
RIO DE JANEIRO

**DR. ERNST SILTEN**  
BERLIN NW7

ATAQUE À DÔR



COM

LEUKOTROPIN

